

Ostéodensitométrie

■ sources documentaires

- traitement de l'ostéoporose post ménopausique, AFSSAPS actualisation janvier 2006
- décision de l'UNCAM autorisant le remboursement (JO 30 juin 2006)
- ostéoporose ANAES 2001
- Dossier prescrire 1998; 18 (183) : 291-297 et oct 06; 26 (276) : 705

■ méthodologie, intérêt

■ indications

Les autres méthodes (anaes 2001)

- RX standard: sans intérêt en l'absence de fracture
- Méthodes non recommandées :
 - La mesure densitométrique par scanner
 - La mesure de la masse osseuse par ultrasons
 - L'utilisation des marqueurs du remodelage osseux

La technique de référence

- La densitométrie par absorption biphotonique à rayons X

LES VALEURS (OMS)

- Estimation de la résistance osseuse par la mesure du contenu minéral osseux par l'écart type/adulte jeune = T SCORE
 - > -1 : densité normale
 - $-2.5 < T < -1$: ostéopénie
(physiologique si isolée)
 - < -2.5 : **ostéoporose**
 - < -2.5 et fractures : ostéoporose sévère

La stratégie de décision ++

- Age
- Fractures
- Densitométrie
- Facteurs de risque associés++

Les limites de l'ostéodensitométrie

- N'est pas prédictive du risque fracturaire individuel++
- Corrélation statistique mais pas de signification individuelle
- Nécessité de prendre en compte les autres facteurs de risque

Les facteurs de risque associés

- Corticothérapie ancienne ou actuelle
- Hérité : fracture du fémur chez parents du 1^{er} degré
- Diminution de l'acuité visuelle
- Maigreur
- Troubles neuromusculaires ou orthopédiques
- Tabac et alcool

Les indications chez la femme ménopausée (ANAES 2001)

- Fracture vertébrale sans caractère traumatique ni tumoral évident ;
- un antécédent personnel de fracture périphérique survenue sans traumatisme majeur (sont exclues de ce cadre les fractures du crâne, des orteils, des doigts et du rachis cervical) ;
- des antécédents documentés de pathologies potentiellement inductrices d'ostéoporose :
 - hypogonadisme prolongé
 - hyperthyroïdie évolutive non traitée
 - Hypercortisisme
 - hyperparathyroïdie primitive.

Une ostéodensitométrie proposée si facteurs de risque

- antécédents de fracture vertébrale ou du col fémoral sans traumatisme majeur chez un parent au 1er degré
- IMC < 19 kg/m²
- ménopause < 40 ans quelle qu'en soit la cause ou ménopause iatrogénique
- antécédent de corticothérapie prolongée (> 3 mois) à la dose de corticoïde équivalent prednisonne 7,5 mg par jour.

Ostéodensitométrie et THM

- Il n'est pas recommandé de réaliser une ostéodensitométrie chez une femme ménopausée chez laquelle le traitement hormonal substitutif (THS) est indiqué, prescrit à dose efficace (pour assurer une prévention de l'ostéoporose) et bien suivi.

Une 2^{ème} ostéodensitométrie ?

- Lorsque le résultat de l'ostéodensitométrie est normal et qu'aucun traitement n'est institué, une deuxième ostéodensitométrie peut être proposée 2 à 5 ans après la réalisation de la première et ce en fonction de l'ancienneté de la ménopause, du résultat de la première mesure et de la persistance ou de l'apparition de facteurs de risque.

Avant corticothérapie prolongée

- Il est recommandé de réaliser une ostéodensitométrie lors de la mise en route d'une corticothérapie systémique prévue pour une durée d'au moins 3 mois consécutifs, à une dose de 7,5 mg/j équivalent prednisone.

Indications remboursées pour la population générale 39,96€ (JO juin 06)

- Le résultat de l'examen peut, à priori, modifier la prise en charge++
- Fracture vertébrale ou périphérique
 - Non traumatique
 - Non tumorale
- Pathologie ou traitement à risque d'ostéoporose

Chez la femme ménopausée (y compris THM à doses faible)

- Antécédent familial 1er degré (fracture col sans traumatisme majeur)
- IMC < 19
- Ménopause < 40 ans
- corticothérapie

Une seconde ostéodensitométrie remboursée ?

- Arrêt du traitement antiostéoporotique
- Si nouveaux facteurs de risque
- > 3 à 5 ans selon les facteurs de risque