

Quand et comment traiter l'ostéoporose d'un patient en EHPAD ?

Quand penser à l'ostéoporose ?

- 1/ Si fracture sévère (hanche, bassin-pelvis, vertèbre et humérus)
- 2/ Si perte de taille/historique de 4cm ou fractures vertébrales sur radiographies antérieures
- 3/ Si risque de chute à répétition (exemple : parkinsonien, démence à corps de Lewy....)

Est-ce qu'un traitement antiostéoporotique peut être prescrit sans ostéodensitométrie ? => OUI !

La DMO peut être faite après le début du traitement, si la situation médicale le permet.

Elle permet de guider la décision de traitement chez le chuteur répété encore non fracturé.

La DMO initiale est pertinente si un cycle de 3 ans de traitement est envisagé avec une DMO de contrôle. Elle peut être utile dans le choix du traitement antiostéoporotique.

La DMO est faisable si la mobilité du patient est suffisante pour accéder à la table de DMO.

Est-ce qu'un traitement antiostéoporotique peut être prescrit sans avis du spécialiste ? => OUI !

Comme résumé dans le tableau des recommandations nationales de prise en charge de l'ostéoporose, un traitement peut être initié par le médecin traitant dans la plupart des cas.

En fonction de la diminution du T score (au site le plus bas)	Fractures sévères (fémur, vertèbres, humérus, bassin, tibia proximal)	Fractures non sévères	Absence de fracture et facteurs de risque d'ostéoporose et/ou de chutes multiples
T > -1	Avis du spécialiste	Pas de traitement	Pas de traitement
T ≤ -1 et > -2	Traitement	Avis du spécialiste	Pas de traitement
T ≤ -2 et > -3	Traitement	Traitement	Avis du spécialiste
T ≤ -3	Traitement	Traitement	Traitement

Briot et al., 2018

Qui traiter ?

Si espérance de vie estimée > 1 an et absence de contre-indication

Quelles co-prescriptions ?

Supplémentation systématique en vitamine D (cible entre 30 et 60ng/ml) et apports suffisants en calcium. ATTENTION : à eux seuls, vitamine D et calcium ne sont pas un traitement de l'ostéoporose et ne permettent pas de réduire le risque ultérieur de fracture.

Quand obtenir un RDV dentaire ?

L'objectif est d'évaluer l'indication de gestes d'avulsion dentaire ou autres gestes invasifs nécessaires à court terme. Le RDV dentaire ne doit pas retarder la mise en route d'un traitement : risque de récurrence fracturaire x5 dans les 2 ans suivant une fracture versus risque d'ONM 0,01%-0,001%. Si le RDV ne peut être pré-thérapeutique, le RDV peut avoir lieu dans la première année de traitement, puis être renouvelé annuellement.

Consultez un article scientifique sur le rapport bénéfice-risque des bisphosphonates dans le traitement de l'ostéoporose post-ménopausique !



Que prescrire ?

- Privilégier l'acide zolédronique (en l'absence de contre-indication biologique) : seul bisphosphonate à avoir démontré son efficacité anti fracturaire chez des patients après la survenue d'une fracture de l'extrémité supérieure du fémur. 5mg IV sur 30 min sous réserve d'une fonction rénale satisfaisante. Paracétamol systématique 24-48h et stimulation hydratation en prévention du syndrome pseudogrippal survenant dans environ 20% des cas.
- Bisphosphonates oraux : alendronate, risédronate, ce dernier ayant une galénique qui permet de faciliter la prise (35 mg, forme gastrorésistante, à prendre juste après le petit déjeuner).

Retrouvez la fiche sur l'ACLASTA !



Durée du traitement ?

Au vu de l'espérance de vie des patients en EHPAD, le traitement peut être réalisé sans interruption. Un avis auprès d'un spécialiste peut être pris après une première séquence de traitement (3 ans de bisphosphonates IV, 5 ans de per os).

Bilan étiologique et prévention des chutes
Activité physique adaptée et kinésithérapie selon le contexte
Comorbidités (cardiovasculaires notamment)