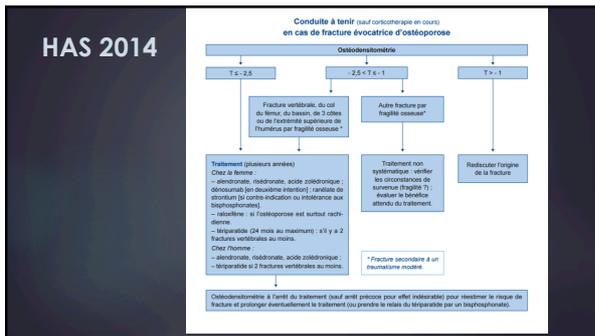


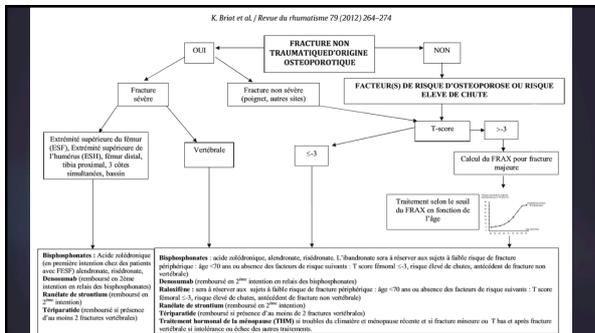
FRACTURE VERTEBRALE

Le point de vue du rhumatologue

28 AVRIL 2016
la suite

FRACTURE VERTEBRALE





QUI TRAITER ?

- ▶ Recommandations HAS
- ▶ Recommandations SFR
- ▶ Outil FRAX de risque individuel
- ▶ Au cas par cas (FDR, CTX ...)
- ▶ Appréciation du praticien
- ▶ Age
 - Trop jeune ?
 - Trop vieux ? Quelle espérance de vie ?
- ▶ Homme

COMMENT TRAITER ?

- ▶ Bisphosphonates
- ▶ SERM
- ▶ THM
- ▶ Dénozumab
- ▶ Tériparatide
- ▶ Ranelate de strontium (déremboursé)

9102 3004 0000000000

Quel suivi ?

- ▶ Taille annuelle : 2 cm
- ▶ Tolérance du traitement
- ▶ « Observance »
- ▶ Autre fracture
- ▶ Autres facteurs de risque
- ▶ Bio ?
 - CTX (à 6 mois de ttt par BP) ou 1 mois de ttt par Dénozumab
 - à jeûn le matin, 6 mois au moins après une fracture, même labo
- ▶ DMO en fin de cycle thérapeutique

9102 3004 0000000000

COMBIEN DE TEMPS TRAITER ?

- ▶ Maximal (études disponibles)
 - 10 ans alendronate, ranelate de strontium, denosumab (gain osseux persistant)
 - 9 ans acide zolédronique
 - 8 ans raloxifène
 - 7 ans risédronate
 - 2 ans tériparatide (remboursé 18 mois)
- ▶ Minimal : Interruption possible au bout de 5 ans (3 ans pour Acide Zoledronique) si :
 - Pas de fracture sous traitement
 - Pas de nouveau facteurs de risques (estimer risques chutes, comorbidités..)
 - Pas de diminution significative de la DMO (30 mg/cm2) = stabilité
 - Si DMO > -2.5 DS en cas de fracture sévère initiale
 - Contrôle DMO à 2 ans

9102 3004 0000000000

Vertébroplastie ? Kyphoplastie ?

- ▶ **POUR**
 - Effet antalgique précoce (24 h) (étude VERTOS // Lancet 2010)
 - Amélioration de l'autonomie 90 %
- ▶ **CONTRE**
 - Etudes contradictoires
 - Pas de différence à long terme (douleur, cyphose ...) dans certaines études NEJM VP-2009 (24h, 6 semaines)
 - Complications immédiates ? Ultérieures ? (VP > KP)
 - Coûts ? (KP > VP)
- ▶ **INDICATION**
 - Patient restant douloureux entre 3 semaines et 12 mois malgré traitement adapté
 - Pseudarthrose
 - Certitude de la responsabilité de la fracture dans la symptomatologie douloureuse (œdème médullaire à l'IRM, recherche d'arthrose zygapophysaire associée)

Rééducation

- ▶ **Prévention chutes**
- ▶ **Prévention perte osseuse**
 - 2 à 4 heures par semaine, 6 mois
 - Marche, marche rapide, Tai chi (pas natation)
 - Exercices de renforcement musculaire
- ▶ **Après fracture vertébrale**
 - Physiothérapie antalgique
 - Verticalisation rapide (+/- corset)
 - Exercices de renforcement des muscles du tronc et extenseurs du rachis : kinésithérapeute puis auto-rééducation (3 fois par semaine)

C'est fini !
Merci !

www.grio.org

Indications de la VFA

Quand le résultat de la VFA peut modifier la conduite à tenir :

a - Femmes ménopausées avec diminution de la DMO + un des critères suivants :

- Âge \geq 70 ans
- Perte de taille \geq 4 cm (rétrospectivement)
- Perte de taille \geq 2 cm (prospectivement)
- Antécédent de fracture vertébrale
- Maladies chroniques avec risque de fracture vertébrale

b - Femmes ménopausées avec diminution de la DMO + au moins 2 des critères suivants :

- Âge entre 60 et 69 ans
- Antécédent de fracture non vertébrale
- Perte de taille historique entre 2 et 4 cm
- Maladies chroniques avec risque de fracture vertébrale

c - Corticothérapie \geq 5mg/j pendant plus de 3 mois

d - Femmes ménopausées avec T score \leq 2,5

Si le fait de documenter la présence d'une ou plusieurs fractures vertébrales modifie la prise en charge

Tableau V : Indications de « Vertébral Fracture Assessment » selon l'annexe 2 de l'actualisation 2012 des recommandations françaises du traitement médicamenteux de l'ostéoporose post-ménopausique [57]

Remboursement DMO

1^{er} EXAMEN

► Population générale

- fracture vertébrale ou périphérique, même ancienne;
- maladie ou un traitement entraînant un risque élevé de survenue d'ostéoporose;

► Femmes ménopausées

- ménopause précoce (avant 40 ans);
- si facteurs de risque d'ostéoporose;
- indice de masse corporelle < 19 kg/m²;
- un parent du 1^{er} degré a présenté une fracture du col fémoral.

Pour les examens ultérieurs, le remboursement est également possible lorsque le traitement instauré a été arrêté ; il en est de même si vous êtes ménopausée et que votre premier examen était normal, si votre médecin vous prescrit une 2^{ème} ostéodensitométrie 3 à 5 ans plus tard.

*** Facteurs de risque de fracture (en dehors d'une DMO basse)**

► Chez l'ensemble des patients :

- fracture de fragilité, vertébrale ou périphérique, de découverte clinique ou radiologique (il faut rechercher une cause tumorale, une ostéoporose secondaire...);
- corticothérapie systémique en cours (\geq trois mois consécutifs, à une posologie \geq 7,5 mg/jour d'équivalent prednisone);
- autre traitement ou affection responsable d'ostéoporose : hypogonadisme prolongé (dont l'androgéno- ou l'estrogénoprivation chirurgicale [orchidectomie, ovariectomie] ou médicamenteuse [agonistes de la Gn-RH, antiaromatases]), hyperthyroïdie évolutive non traitée, hypercorticisme, hyperparathyroïdie primitive,
- âge > 60 ans ;
- tabagisme ;
- immobilisation prolongée.

► De plus, chez la femme ménopausée :

- corticothérapie systémique passée (\geq trois mois consécutifs, à une posologie \geq 7,5 mg/jour ; d'équivalent prednisone) ;
- IMC < 19 ;
- ménopause avant 40 ans ;
- fracture de fragilité du col fémoral chez un parent du premier degré.

► Enfin, certains facteurs n'accroissent pas le risque d'ostéoporose, mais le risque de chute

- alcoolisme ;
- baisse de l'acuité visuelle ;
- troubles neuromusculaires et/ou orthopédiques.
