

Diagnostic de l'Ostéoporose

Le diagnostic de l'ostéoporose est simple

- 1) Toute fracture survenue après une chute de sa hauteur ou sans traumatisme pour les fractures vertébrales doit être considérée comme une fracture par fragilité osseuse donc ostéoporotique
- 2) Toute douleur dorsale ou lombaire chez un sujet de plus de 50 ans doit faire évoquer une fracture (tassement) vertébrale et doit faire réaliser une radiographie du rachis
- 3) Toute perte de taille de plus de 4 cm doit faire chercher par une radiographie une fracture vertébrale passée inaperçue mais qui majore le risque de fracture ultérieure.

Les ostéoporoses non fracturaires sont diagnostiquées par **l'ostéodensitométrie**

Dans les années 1980 apparaît une nouvelle technique d'évaluation de la masse osseuse, l'ostéodensitométrie biphotonique par rayons X (**DXA**), commode, fiable (coefficient de variation de 1 à 3%, peu irradiante (50 fois moins qu'un cliché thoracique) et peu coûteuse (40 euros), qui permet de mesurer au moins une des composantes de la fragilité osseuse, la quantité d'os. Les mesures sont réalisées au rachis lombaire, au col du fémur et à la hanche totale. Une deuxième définition de l'ostéoporose est ainsi rendue possible en classant les sujets en fonction du niveau de baisse de leur densité minérale osseuse (DMO). L'Organisation mondiale de la santé (OMS) propose alors une définition opérationnelle de l'ostéoporose fondée sur la densitométrie.² Le résultat est donné en T-score, c'est-à-dire en nombre d'écarts types ou déviations standard (DS) séparant la valeur de DMO du sujet mesuré de celle de la moyenne d'une population jeune, en bonne santé et du même sexe. Chaque perte d'un écart type multiplie globalement par 2 le risque de fracture à tous les sites habituels (vertèbres, fémur proximal, poignet). La perte osseuse étant un continuum, il fallut arbitrairement définir des classes en fonction du degré de perte osseuse en s'appuyant sur les données mathématiques et épidémiologiques. Un seuil de T-score de -2,5 est choisi comme définition densitométrique de l'ostéoporose.

Définition thérapeutique du GRIO de l'ostéoporose densitométrique

Le Groupement de recherche et d'information sur les ostéoporoses (GRIO) en se fondant sur les études épidémiologiques et thérapeutiques, a proposé plusieurs seuils de décision thérapeutique en tenant compte d'une part du statut fracturaire et d'autre part de la DMO. Le malade doit être traité lorsque son T-score est inférieur à -3 sur un des sites mesurés.

Quand effectuer une ostéodensitométrie ?

La DXA est remboursée chez les femmes ménopausées **ayant des facteurs de risque d'Ostéoporose** : antécédents personnels de fracture par fragilité osseuse, antécédents familial (1^{er} degré) de fracture ostéoporotique, BMI < 19, ménopause précoce, maladie potentiellement déminéralisante, corticothérapie,

Nous pensons, bien que l'intérêt d'un dépistage systématique n'ait pas été démontré sur le plan socio-économique, que **toute femme ménopausée** doive bénéficier d'une DEXA ; en effet :

- L'ostéoporose concernera 40 % des femmes
- Les traitements dont nous disposons réduisent 50 % des fractures, mais toutes les études dont nous disposons ont été réalisées en incluant des malades à partir de critères densitométriques.
- La baisse de la densité osseuse est le facteur de risque de fracture ostéoporotique le mieux quantifiable et le plus important.
- Le traitement hormonal de la ménopause doit être, plus qu'avant, argumenté médicalement et une baisse de DMO peut légitimer sa prescription.
- Le fait d'effectuer une DEXA uniquement aux femmes ayant des facteurs de risque d'ostéoporose fera que 30 % des femmes ostéoporotiques seront non diagnostiquées.

* De même, tout malade ayant une pathologie potentiellement associée à l'ostéoporose devrait bénéficier d'une ostéodensitométrie : maladies cardio-vasculaires, AVC, BPCO, diabète, MICI, Rhumatismes inflammatoires chronique, chirurgie bariatrique

* Enfin certains préconisent de réaliser cet examen chez les hommes de plus de 65 ans.

Diagnostic différentiel

Devant toute ostéoporose, l'examen clinique et le bilan biologique (bilan phospho-calcique, DFG, électrophorèse de protides, dosage de la TSH, de la Testostérone chez l'homme) permettent d'éliminer une ostéoporose secondaire (hyperthyroïdie, hyperparathyroïdie, ostéomalacie, hypogonadisme, myélome)