

Ostéoporose pendant la ménopause

La présente directive clinique a été rédigée par le groupe de travail sur la ménopause et l'ostéoporose, analysée par le comité de pratique clinique - gynécologie et le comité consultatif de médecine familiale, et approuvée par le comité exécutif et le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

AUTEURS PRINCIPAUX

Aliya Khan, MD, Hamilton (Ont.)

Michel Fortier, MD, Québec (Québec)

GRUPE DE TRAVAIL SUR LA MÉNOPAUSE ET L'OSTÉOPOROSE

Michel Fortier, MD (coprésident), Québec (Québec)

Robert Reid, MD (coprésident), Kingston (Ont.)

Beth L. Abramson, MD, Toronto (Ont.)

Jennifer Blake, MD, Toronto (Ont.)

Sophie Desindes, MD, Sherbrooke (Québec)

Sylvie Dodin, MD, Québec (Québec)

Lisa Graves, MD, Toronto (Ont.)

Bing Guthrie, MD, Yellowknife (T.N.-O.)

Shawna Johnston, MD, Kingston (Ont.)

Aliya Khan, MD, Hamilton (Ont.)

Timothy Rowe, MB BS, Vancouver (C.-B.)

Namrita Sodhi, MD, Toronto (Ont.)

Penny Wilks, ND, Dundas (Ont.)

Wendy Wolfman, MD, Toronto (Ont.)

Tous les collaborateurs nous ont fait parvenir une déclaration de divulgation.

Les recherches documentaires et le soutien bibliographique nécessaires aux fins de la rédaction de la présente directive clinique ont été assurés par Mme Becky Skidmore, analyste de recherche médicale, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

Résumé

Objectif : Offrir aux fournisseurs de soins de santé des lignes directrices quant à la prévention, au diagnostic et à la prise en charge clinique de l'ostéoporose postménopausique.

Issues : Stratégies visant à identifier et à évaluer les femmes exposées à des risques élevés; utilisation de la densité minérale osseuse et des marqueurs du renouvellement des cellules osseuses pour l'évaluation du diagnostic et de la réaction à la prise en charge; et recommandations quant à la nutrition, à l'activité physique et au choix du traitement pharmacologique en vue de prévenir l'ostéoporose et d'en assurer la prise en charge.

Résultats : La littérature publiée a été récupérée par l'intermédiaire de recherches menées dans MEDLINE et *The Cochrane Library* le 30 août et le 18 septembre 2012, respectivement, au moyen d'un vocabulaire contrôlé (p. ex. « *osteoporosis* », « *bone density* », « *menopause* ») et de mots clés (p. ex. « *bone health* », « *bone loss* », « *BMD* ») appropriés. Les résultats ont été restreints aux analyses systématiques, aux essais comparatifs randomisés / essais cliniques comparatifs et aux études observationnelles publiés en anglais ou en français. Les résultats ont été restreints aux documents publiés à partir de 2009. Les recherches ont été mises à jour de façon régulière et intégrées à la directive clinique jusqu'en mars 2013. La littérature grise (non publiée) a été identifiée par l'intermédiaire de recherches menées dans les sites Web d'organismes s'intéressant à l'évaluation des technologies dans le domaine de la santé et d'organismes connexes, dans des collections de directives cliniques, dans des registres d'essais cliniques, auprès de sociétés de spécialité médicale nationales et internationales, et dans des collections de directives cliniques

Valeurs : La qualité des résultats est évaluée au moyen des critères décrits dans le rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (Tableau).

Commanditaire : La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

Mots clés : Osteoporosis, prevention, treatment, diagnosis, bone mineral density, dual energy x-ray absorptiometry, bone turnover markers, vertebral fractures, fragility fractures, antiresorptive, hormone therapy, selective estrogen receptor modulator, bisphosphonates, calcitonin, anabolic, bone forming agent

J Obstet Gynaecol Can 2014;36(9):841-843

Ce document fait état des percées récentes et des progrès cliniques et scientifiques à la date de sa publication et peut faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'un mode de traitement exclusif à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de cet établissement. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite sans une permission écrite de la SOGC.

Critères d'évaluation des résultats et de classification des recommandations, fondés sur ceux du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

Niveaux de résultats*	Catégories de recommandations†
I: Résultats obtenus dans le cadre d'au moins un essai comparatif convenablement randomisé.	A. On dispose de données suffisantes pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-1: Résultats obtenus dans le cadre d'essais comparatifs non randomisés bien conçus.	B. On dispose de données acceptables pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-2: Résultats obtenus dans le cadre d'études de cohortes (prospectives ou rétrospectives) ou d'études analytiques cas-témoins bien conçues, réalisées de préférence dans plus d'un centre ou par plus d'un groupe de recherche.	C. Les données existantes sont contradictoires et ne permettent pas de formuler une recommandation pour ou contre l'usage de la mesure clinique de prévention; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.
II-3: Résultats découlant de comparaisons entre différents moments ou différents lieux, ou selon qu'on a ou non recours à une intervention. Des résultats de première importance obtenus dans le cadre d'études non comparatives (par exemple, les résultats du traitement à la pénicilline, dans les années 1940) pourraient en outre figurer dans cette catégorie.	D. On dispose de données acceptables pour déconseiller la mesure clinique de prévention. E. On dispose de données suffisantes pour déconseiller la mesure clinique de prévention.
III: Opinions exprimées par des sommités dans le domaine, fondées sur l'expérience clinique, études descriptives ou rapports de comités d'experts.	L. Les données sont insuffisantes (d'un point de vue quantitatif ou qualitatif) et ne permettent pas de formuler une recommandation; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.

*La qualité des résultats signalés dans les présentes directives cliniques a été établie conformément aux critères d'évaluation des résultats présentés dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs.

†Les recommandations que comprennent les présentes directives cliniques ont été classées conformément à la méthode de classification décrite dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs.

Woolf SH, Battista RN, Angerson GM, Logan AG, Eel W. Canadian Task Force on Preventive Health Care. New grades for recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. CMAJ 2003;169:207-8.

RECOMMANDATIONS

Femmes postménopausées

1. Les fournisseurs de soins de santé devraient savoir que la prise en charge de l'ostéoporose a pour objectif d'évaluer le risque de fracture et de prévenir les fractures. (I-A)
2. Les fournisseurs de soins de santé devraient comprendre que la présence d'une densité minérale osseuse stable ou croissante reflète une réaction au traitement, en l'absence d'une fracture à la suite d'un traumatisme mineur ou d'une perte de taille attribuable à une fracture de tassement vertébral. Une baisse progressive de la densité minérale osseuse (l'ampleur de la perte osseuse étant supérieure à l'erreur de fidélité de la modalité d'évaluation de la densité) indique une absence de réaction au traitement en cours. La prise en charge devrait alors être analysée et modifiée en conséquence. (I-A)
3. Les fournisseurs de soins de santé devraient identifier le risque absolu de fracture en intégrant les principaux facteurs de risque de fracture : l'âge, la densité minérale osseuse, les antécédents de fracture et l'utilisation de glucocorticoïdes. Ces facteurs de risque permettent l'estimation du risque de fracture au moyen de l'outil conçu par l'Association canadienne des radiologistes et Ostéoporose Canada. (I-A)
4. L'outil d'évaluation du risque de fracture (FRAX) de l'Organisation mondiale de la santé a maintenant été validé au sein d'une population canadienne et peut également être utilisé; cet outil fait appel à des facteurs de risque supplémentaires : la présence d'un faible indice de masse corporelle, la présence d'antécédents parentaux de fracture, le tabagisme, la consommation d'alcool et la présence de causes secondaires d'ostéoporose. (I-A)

5. Les fournisseurs de soins de santé devraient savoir que la présence d'une fracture de fragilisation entraîne une hausse marquée du risque de futures fractures et qu'elle confirme le diagnostic d'ostéoporose, indépendamment des résultats de l'évaluation de la densité osseuse, (I-A) et que la présence d'une fracture vertébrale ou de la hanche à la suite d'un traumatisme mineur ou la présence de plus d'une fracture de fragilisation confirme que la patiente en question est exposée à un risque élevé de fracture, peu importe sa densité minérale osseuse. (I-A)
6. Le traitement devrait être mis en œuvre en fonction des résultats de l'évaluation du risque absolu de fracture sur 10 ans. (I-A)

Calcium et vitamine D

7. Une supplémentation adéquate en calcium et en vitamine D est primordiale pour assurer la prévention de la perte osseuse progressive. Pour ce qui est des femmes postménopausées, un apport quotidien total de 1 200 mg de calcium élémentaire (de sources alimentaires ou sous forme de suppléments) et une supplémentation quotidienne au moyen de 800 à 2 000 UI/j de vitamine D sont recommandés. La supplémentation en calcium et en vitamine D ne suffit pas, à elle seule, pour prévenir les fractures chez les patientes qui présentent une ostéoporose; cependant, elle constitue un appoint important à l'intervention pharmacologique faisant appel à des inhibiteurs de la résorption osseuse et à des anabolisants. (I-B)

Hormonothérapie

8. Une hormonothérapie devrait être prescrite aux femmes postménopausées symptomatiques à titre d'option la plus efficace pour le soulagement des symptômes ménopausiques. (I-A) Elle constitue, pour ces femmes, un choix raisonnable pour la prévention de la perte osseuse et des fractures. (I-A)

9. Les médecins peuvent recommander une œstrogénothérapie à faible dose ou à dose ultrafaible aux femmes symptomatiques pour le soulagement des symptômes ménopausiques, (I-A) mais devraient aviser leurs patientes que, malgré que l'effet bénéfique d'un tel traitement en matière de prévention de l'ostéoporose ait été démontré, (I-A) aucune donnée n'est encore disponible en ce qui concerne la baisse du risque de fracture.

Bisphosphonates

10. L'alendronate, le risédronate et l'acide zolédronique constituent d'excellents agents de première intention pour la prise en charge de l'ostéoporose postménopausique, et leur utilisation devrait être envisagée aux fins de l'atténuation du risque de fractures vertébrales, non vertébrales et de la hanche. (I-A)
11. L'étédronate est un faible inhibiteur de la résorption osseuse et son utilisation n'est pas recommandée à titre d'agent de première intention pour la prise en charge de l'ostéoporose. (I-D)

Inhibiteur du RANKL

12. Le denosumab est un inhibiteur de la résorption osseuse efficace dont l'efficacité a été démontrée pour ce qui est de la réduction du risque de fractures vertébrales, non vertébrales et de la hanche; (I-A) son utilisation devrait être envisagée à titre d'agent de première intention pour la prise en charge de l'ostéoporose postménopausique chez les femmes exposées à un risque élevé de fracture. (I-A)

Modulateurs sélectifs des récepteurs œstrogéniques

13. Le traitement au raloxifène pourrait être envisagé aux fins de l'atténuation du risque de fractures vertébrales, en gardant à l'esprit qu'il n'a pas été démontré que cet agent était efficace aux fins de la réduction du risque de fracture non vertébrale ou de la hanche. (I-A)

Parathormone

14. Le traitement au tériparatide devrait être envisagé aux fins de l'atténuation du risque de fractures vertébrales et non vertébrales chez les femmes postménopausées qui présentent une ostéoporose grave, (I-A) et devrait également être envisagé chez les femmes postménopausées qui connaissent une perte osseuse ou une nouvelle fracture malgré la mise en œuvre d'un traitement faisant appel à un inhibiteur de la résorption osseuse. (I-A)

Le texte intégral du présent document est
disponible en ligne à
<http://www.sogc.org> et à <http://www.jogc.com>.