

OSTÉOPOROSE

Dr Michel Hunkeler, Rhumatologie FMH, HNe, Neuchâtel

La prise en charge de l'ostéoporose, comme celle de beaucoup d'autres pathologies, évolue ces dernières années, tant dans les moyens diagnostics que dans la sélection et la manière de traiter les patients.

A l'époque, pas si ancienne, la prise en charge de l'ostéoporose était relativement simple. On n'hésitait pas à mettre les femmes en période de ménopause sous substitution hormonale, entre autres pour prévenir l'ostéoporose. La polémique sur les risques de cancer du sein et de l'utérus a provoqué une diminution de l'indication à une substitution hormonale. Chaque femme arrivant à la ménopause bénéficiait d'une ostéodensitométrie osseuse (actuellement plus remboursée d'office dans cette indication) et si le T score était en dessous de -2,5 Déviation Standard (DS) à la hanche ou/et au rachis lombaire, il fallait traiter avec un bisphosphonate per os (le seul traitement à disposition), d'abord quotidien puis hebdomadaire, en association avec du calcium et de la vitamine D. Par la suite, l'indication au traitement s'est même élargie puisqu'il suffisait d'un T score de -1 DS pour que le traitement soit remboursé. Il n'y avait pas de durée proposée ni d'alternative thérapeutique en cas d'échec.

Mais, après quelques années, nous nous sommes rendu compte des effets secondaires en lien avec les bisphosphonates, en particulier, les fractures atypiques du fémur proximal et l'ostéonécrose de la mâchoire, secondaires à l'inhibition du remodelage osseux. Même la prescription du calcium est remise en question puisqu'un excès augmente les risques cardio-vasculaires. La prise en charge de l'ostéoporose se modifie avec un affinement des moyens diagnostics, des indications et des durées de traitement.

L'ostéoporose est une maladie chronique asymptomatique jusqu'à la fracture et sa prise en charge nécessite une approche similaire à d'autres pathologies, telles que l'hypertension ou l'hyperlipidémie. Les études d'observance et de persistance des traitements montrent une diminution, avec le temps, de la prise des médicaments. La persistance des bisphosphonates per os est de 40% à une année (1) et les résultats pour le calcium et la vitamine D sont similaires. La compliance est meilleure pour le teriparatide (80% à une année) (2). Les formes injectables de traitement de l'ostéoporose avec l'ibandronate (trimes-trielle), le denosumab (1 injection sous-cutanée semestrielle) et le zolendronate (1 perfusion annuelle) améliorent clairement l'adhésion au traitement. L'éducation thérapeutique, bien que peu développée, a pleinement sa place dans la prise en charge de l'ostéoporose, avec pour objectif d'améliorer l'adhésion au traitement par une meilleure information auprès du patient.

L'évaluation et le bilan de l'ostéoporose initialement basée sur la densitométrie comprennent maintenant une vision plus globale tenant compte des facteurs de risques et de la qualité osseuse. Par exemple, il y a eu une période durant laquelle l'ostéoporose a été traitée avec du fluor. Cela permettait d'obtenir des densités osseuses excellentes mais malheureusement avec de l'os de mauvaise qualité (augmentation des fractures).

Les facteurs de fragilité osseuse peuvent être évalués par des questionnaires validés tels que le FRAX (Fracture Risk Assessment Tool : www.shef.ac.uk/FRAX/tool.jsp?lang=fr) en calculant un risque de fracture à 10 ans ou la Tool Osteoporose-Plattform (www.osteorheuma.ch/top3/) pour l'instant uniquement disponible en allemand. Les investigations s'affinent avec, en complément à la densité osseuse, le VFA (Vertebral Fractures Assessment) et/ou le TBS (Trabecular Bone Score). Le VFA permet d'avoir une image de la colonne dorso-lombaire de profil à la recherche de fracture, en particulier asymptomatique (environ 30% des fractures liées à l'ostéoporose) avec un minimum d'irradiation (3µSV). Le TBS est un score donnant une mesure de la qualité osseuse qui est corrélé indépendamment de la densitométrie osseuse au risque de fracture (3). Le TBS est, depuis une année, intégré au FRAX pour affiner le calcul du risque de fracture.

Les scores de risque et le diagnostic avec la densitométrie osseuse, le VFA et le TBS permettent d'être plus précis dans l'indication au traitement et d'éviter de traiter inutilement des patients. Cela a probablement été le cas au début de l'utilisation des bisphosphonates avec comme conséquences l'apparition, bien que rare, de fractures atypiques du fémur ou d'ostéonécroses de la mâchoire.

Il ne faut pas oublier, dans le bilan de l'ostéoporose, un examen sanguin pour exclure une pathologie traitable pouvant modifier la prise en charge. Ce bilan devrait comprendre selon les recommandations de l'association suisse contre l'ostéoporose (ASCO : www.svg.ch/content/inhalt_frz/index.htm), une formule

sanguine, VS, CRP, calcium, phosphate, phosphatase alcaline, créatinine, TSH, gamma-GT, bilan à affiner en cas de résultats pathologiques ou selon l'anamnèse avec testostérone, électrophorèse des protéines, tryptase, anticorps anti-transglutaminase, crosslaps, FSH, PTH, 25OH vit D.

Une fois le bilan réalisé, on envisage la mise en route d'un traitement selon les recommandations de l'ASCO qui a déterminé des seuils d'intervention thérapeutique selon le FRAX. Rappelons néanmoins qu'en nombre absolu, les fractures sont plus fréquentes en présence d'une ostéopénie que d'une ostéoporose. En présence d'une fracture à basse énergie, il est indiqué de traiter un patient même si sa densité osseuse ne montre « qu'une ostéopénie ». Par contre, il est clair que le risque relatif est plus élevé en présence d'une ostéoporose densitométrique.

Les traitements à disposition sont actuellement de quatre types, le choix entre eux se détermine selon la compliance, l'âge et la sévérité de l'ostéoporose entre SERM, bisphosphonates, denosumab et teriparatide. En plus du traitement, il convient de favoriser l'activité physique et un apport suffisant en calcium, vitamine D et protéines. La durée des traitements doit être régulièrement réévaluée (tous les 3-5 ans) selon la densitométrie osseuse, les facteurs de risques et d'éventuelles nouvelles fractures.

Dans les années à venir, des schémas de traitements et de gestion de leurs arrêts devraient voir le jour (sur la base d'études en cours), ainsi que de nouvelles thérapies que l'on espère plus efficaces, avec moins d'effets secondaires.

Pensez à l'ostéoporose, à la bilancer et la traiter en particulier chez vos patients ayant eu une fracture à basse énergie.

[RÉFÉRENCES]

[1] Y. Reginster, V. Rabenda Observance et persistance : impact sur l'efficacité des traitements de l'ostéoporose Rev Med Suisse 2005 ;

[2] BABORT.F., HIGGINS-BIDDLE J. C., SAUNDERS J. B., MONTEIRO M. AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care Geneva : World Health Organization; 2001 ;

[3] Olivier Lamy, Elena Gonzalez Rodriguez, Delphine Stoll, Le trabecular bone score en routine clinique : propositions d'utilisation, Rev Med Suisse 2014 ; 2027-2031.

DIABÈTE DE TYPE 1 MODÈLE POUR L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

DR ERIC JACOT, médecine interne, endocrinologie, Neuchâtel

1977 alors en dernière année de médecine, Seb, 8 ans, le fils d'amis devient diabétique. Rencontre avec Bernard Curchod diabétologue à Lausanne, précurseur, il donne des cours aux patients à la Source, s'investit en collaboration avec des infirmières et des diététiciennes pour enseigner le patient.

A l'époque, pas de contrôle glycémique, mais il faut faire pipi dans une éprouvette trois fois/j, regarder la couleur et réagir pour adapter les doses d'insuline. Tous les patients étaient traités par deux injections /j, un mélange de NPH et rapide et il fallait mettre en pratique la sacrosainte maxime : « Chaque jour à la même heure la même quantité d'HDC » ; donc l'enseignement est surtout technique et impose au patient des règles de vie très strictes et rigides.

Parallèlement, à l'autre bout de lac à Genève, Jean-Philippe Assal crée l'Unité d'Enseignement et de Traitement pour Diabétique, (aujourd'hui « Division d'enseignement thérapeutique pour maladies chroniques »). Cette unité, sous sa houlette dynamique et incroyablement inventive, deviendra la référence mondiale de formation pour les soignants intéressés à la prise en charge des maladies de longue durée.

L'éducation thérapeutique pensée et conceptualisée dans l'unité de J.-P. Assal représente une véritable rupture en médecine. C'est elle qui va mettre fin au paternalisme médical. En effet, l'éducation thérapeutique permet au patient de devenir autonome, en promouvant un modèle global de la médecine, en apprenant au patient à gérer les ressources médicales, en intégrant les données psychosociales, en inscrivant la maladie dans la durée.

ELLE PERMET AU PATIENT DE DEVENIR ACTEUR
DE SA MALADIE.
LE SOIGNANT DEVIENT RESSOURCE. IL PARTICIPE AU
TRAITEMENT, D'UN RÔLE PATERNALISTE IL DEVIENT
PARTENAIRE DE SOIN.

Le diabète de type 1 est un modèle idéal pour la gestion de la maladie chronique, avec l'arrivée de l'autocontrôle glycémique et des insulines ultrarapides (Basal-Bolus). Nous diabétologues, avons entre les mains la possibilité de transmettre à nos patients la capacité de s'autogérer, d'avoir une relation adulte-adulte avec le patient.

Mais hélas, comme nous le savons, malgré une prise en charge « médico-psycho-sociale », un partenariat avec les infirmières spécialisées, (Véronique Urbaniak infirmière clinicienne nous relate ci-après l'importance de cette collaboration), les diététiciens -iennes, les psychologues, etc., et malgré les progrès de la technique, nous sommes parfois confrontés à l'échec de cette prise en charge avec des diabètes complètement déséquilibrés, des refus de traitement et de contrôles, l'apparition de complications secondaires précoces, etc.

Car vivre avec un diabète de type 1 n'est pas seulement gérer des glycémies et des insulines comme un gestionnaire de banque, c'est aussi vivre avec le poids d'une maladie chronique, avec les craintes, les angoisses liées à cette maladie, avec le regard des autres, de la société, etc.

Les échecs de prise en charge sont souvent liés à une non-acceptation de la maladie à un déni de celle-ci. Le défi pour les soignants est d'arriver à trouver avec le patient les leviers qui permettent de sortir de cette situation.

1922- 2022 Diabète de type 1 une rêve... olution ?

Un siècle après la première injection d'insuline (Leonard Thompson 11 janvier 1922 Bantig et Best Toronto), pourrions-nous dans un proche avenir offrir à nos diabétiques type 1 un traitement substitutif efficace autonome, ne demandant pas un tel investissement personnel ?

J'en suis persuadé. Le pancréas artificiel ou pompe à insuline externe automatisée (close loop) est testé actuellement chez des centaines de patients.

La pompe Medtronic 640 G couplée au capteur de glycémie sous-cutané, interrompt et reprend automatiquement la perfusion d'insuline en cas d'hypoglycémie.

Cette technique a déjà changé la vie de plus de 20 de mes patients en diminuant de manière drastique les hypoglycémies sévères non ressenties.

Plusieurs équipes travaillent à la mise au point d'un pancréas bio-artificiel implanté dans l'abdomen ne nécessitant pas de greffe d'îlots et de traitements immunosuppresseurs.

Près de chez nous, à Strasbourg, la Dresse Severine Siegrist en collaboration avec le CHU de Montpellier (Prof. E. Renard) travaille au projet «MAILPAN Macroencapsulation de cellules pancréatiques ». Les premiers tests c/o l'homme sont en cours, les résultats attendus pour 2017-18.

En mai 2016, Abbott met sur le marché le Freestyle Libre qui permet, grâce à un capteur sous-cutané de scanner la glycémie de manière non invasive, avec visualisation en continue du profil des variations glycémiques, etc.

Dernièrement, avec Samuel, 19 ans, diabétique depuis l'âge de 2 ans, sportif, autonome, bien équilibré, j'évoquais la réalité toute proche de ne plus se piquer 4-5xj au bout du doigt et la possibilité future de ne plus s'injecter d'insuline. Il me regarde un peu interloqué et me dit : « Je n'arrive pas à m'imaginer cette éventualité, je n'ai aucun souvenir d'avant mon diabète, mais si ça marche je suis preneur... et vous pourrez prendre votre retraite... »

1977-2016 : Bientôt 40 ans de diabétologie, et depuis plus de 20 ans une collaboration extraordinaire avec Véronique Urbaniak et les autres infirmières spécialisées en diabétologie du NHP et de l'AND.

En conclusion : A chaque diagnostic initial d'un diabète de type 1 (enfant, adolescent, adulte) la prise en charge initiale multidisciplinaire est cruciale et d'elle va grandement dépendre l'autonomisation du patient et de son entourage et influencer fortement le devenir du patient.