

Guide de pratique clinique pour la prise en charge de l'ostéoporose et la prévention des fractures au Canada : mise à jour 2023

Ce résumé directif a été conçu pour fournir aux professionnels des soins de santé un sommaire de référence portant sur les principales recommandations du **Guide de pratique clinique pour la prise en charge de l'ostéoporose et la prévention des fractures au Canada : mise à jour 2023**. Cette ligne directrice constitue une mise à jour de la ligne directrice de pratique clinique publiée en 2010 par Ostéoporose Canada en matière de diagnostic et de prise en charge de l'ostéoporose au Canada. Pour consulter le document intégral, visitez <https://osteoporosecanada.ca/ligne-directrice-de-pratique-clinique-2023>.

Aperçu et portée de la ligne directrice

La nouvelle ligne directrice comporte 25 recommandations clés et 10 énoncés de pratiques exemplaires regroupés sous les rubriques suivantes : activité physique, nutrition, évaluation du risque de fracture, amorce du traitement, durée du traitement et surveillance.

Cette ligne directrice a pour but d'aider les professionnels des soins de santé primaires à dépister et à intervenir pour optimiser la santé du squelette et prévenir les fractures chez les femmes ménopausées et les hommes âgés de 50 ans ou plus vivant en milieu communautaire. L'accent est mis sur la prise en charge de l'ostéoporose primaire.

Principales modifications par rapport aux lignes directrices de 2010

Dépistage : approche ciblée similaire fondée sur l'âge et les facteurs de risque, mais simplifiée.

Test de densité minérale osseuse (DMO) de référence à l'âge de 70 ans en l'absence de facteurs de risque. À l'âge de 65 ans en présence d'un facteur de risque, et à l'âge de 50 à 64 ans en cas d'antécédent de fracture ou en présence de deux facteurs de risque ou plus.

Évaluation du risque de fracture : calculer le risque de fracture sur 10 ans à l'aide du test de DMO en utilisant l'outil FRAX (de préférence) ou l'outil CAROC.

Activité physique : recommandations élargies en matière d'activité physique.

Nutrition : les taux de calcium et de vitamine D demeurent conformes aux recommandations de Santé Canada.

Traitement : approche hybride des seuils de traitement (risque de fracture sur 10 ans ou test de DMO et seuils relatifs à l'âge).

- Les bisphosphonates sont recommandés comme thérapie de première intention pour la plupart des personnes qui amorcent un traitement.
- La durée initiale du traitement par bisphosphonates est de 3 à 6 ans avant d'envisager une interruption du traitement.
- Le dénosumab est envisagé en cas de contre-indication, d'intolérance ou d'obstacle à l'utilisation des bisphosphonates.

Activité physique et nutrition – Recommandations pour tous

Activité physique:

- Recommander un entraînement à l'équilibre et fonctionnel au moins deux fois par semaine visant tous les principaux groupes musculaires afin de réduire le risque de chutes.
- Suggérer un entraînement progressif de résistance au moins deux fois par semaine, y compris des exercices ciblant les muscles extenseurs du dos et les muscles abdominaux.
- Encourager une variété de types d'activité physique conformément aux Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures (150 minutes ou plus d'activité physique modérée à vigoureuse par semaine) en plus, et non en remplacement, de l'entraînement à l'équilibre, fonctionnel et musculaire.

Nutrition:

Calcium : chez les patients qui respectent l'apport quotidien recommandé (AQR) en calcium de Santé Canada, ne pas conseiller de supplémentation supplémentaire si l'apport alimentaire est suffisant.

AQR en calcium : femmes de 50 ans ou plus : 1 200 mg/jour; hommes de 50 à 70 ans : 1 000 mg/jour; hommes de 70 ans ou plus : 1 200 mg/jour.

Vitamine D : conseiller de suivre l'AQR en vitamine D de Santé Canada pour la santé osseuse. Santé Canada recommande aux adultes de 50 ans ou plus de prendre un supplément d'au moins 400 UI par jour, en plus de consommer des aliments riches en vitamine D.

AQR en vitamine D : adultes de 70 ans ou moins : 600 UI (15 µg) par jour | adultes de plus de 70 ans : 800 UI (20 µg) par jour.

Évaluation clinique – Recommandations

1. Éléments d'antécédents: cerner les facteurs de risque de faible DMO, de fractures et de chutes : fracture de fragilité antérieure après l'âge de 40 ans, fracture de la hanche chez un parent, utilisation de glucocorticoïdes, ostéoporose secondaire, tabagisme actuel, consommation élevée d'alcool, chutes au cours des 12 derniers mois, IMC de moins de 20.

Le risque de fracture subséquente est le plus élevé peu de temps après une fracture et il convient d'accorder une plus grande attention aux patients ayant subi une fracture au cours des deux dernières années.

2. Éléments d'examen physique: taille, poids, perte de taille, distance entre les côtes et le bassin, distance entre l'occiput et le mur, évaluation de la démarche.

3. Exploration clinique :

a) Tests biochimiques pour le dépistage des causes secondaires de l'ostéoporose et les limitations potentielles lorsque l'on envisage une pharmacothérapie précise contre l'ostéoporose : calcium corrigé pour l'albumine, phosphate, créatinine, phosphatase alcaline, hormone de stimulation thyroïdienne. Électrophorèse des protéines sériques (chez les patients ayant subi des fractures vertébrales) et taux de 25-hydroxyvitamine D chez les patients présentant des facteurs de risque de carence en vitamine D.

b) Conseiller des radiographies latérales du rachis thoracique et lombaire pour dépister une fracture vertébrale non diagnostiquée si :

- Preuve clinique suggérant une fracture vertébrale **OU** un score de 15 % à 19 % selon l'outil FRAX **OU** patients âgés de 65 ans et plus présentant un score T égal ou inférieur à -2,5.

Évaluation du risque de fracture et amorce du traitement – Recommandations

1. Conseiller un test de DMO chez les femmes ménopausées et les hommes:

- âgés de 50 à 64 ans ayant subi une fracture antérieure liée à l'ostéoporose ou présentant au moins 2 facteurs de risque clinique **OU**
- âgés de 65 ans ou plus présentant un facteur de risque clinique de fracture **OU**
- âgés de 70 ans ou plus ne présentent aucun facteur de risque.

2. L'outil FRAX de DMO propre au Canada constitue l'outil privilégié pour l'estimation du risque de fracture sur 10 ans. CAROC est un autre outil d'évaluation du risque de fracture.

3. Seuils de traitement :

- Recommander d'amorcer une pharmacothérapie chez les femmes ménopausées et les hommes âgés de 50 ans ou plus :
 - ✓ ayant déjà subi une fracture de la hanche, une fracture vertébrale ou au moins 2 fractures liées à l'ostéoporose **OU**
 - ✓ présentant un risque important de fracture ostéoporotique sur 10 ans de 20 % ou plus **OU**
 - ✓ âgés de 70 ans ou plus présentant un score T égal ou inférieur à -2,5 (col fémoral, hanche complète ou colonne lombaire).
- Conseiller d'amorcer une pharmacothérapie chez les femmes ménopausées et les hommes âgés de 50 ans ou plus :
 - ✓ présentant un risque de fracture ostéoporotique importante sur 10 ans de 15 % à 19,9 % **OU**
 - ✓ âgés de moins de 70 ans présentant un score T égal ou inférieur à -2,5 (col fémoral, hanche complète ou colonne lombaire).

4. Chez les patients qui n'atteignent pas le seuil d'amorce de la pharmacothérapie ou qui choisissent de ne pas amorcer le traitement, conseiller de répéter le test de DMO et l'évaluation du risque de fracture après :

- 5 à 10 ans si le risque de fracture ostéoporotique importante est de moins de 10 %
- 5 ans si le risque de fracture ostéoporotique importante est de 10 % à 15 %
- 3 ans si le risque de fracture ostéoporotique importante est de 15 % ou plus

Pharmacothérapie incluant durée et séquence – Recommandations

Recommandations en matière de pharmacothérapie : amorce du traitement, durée et surveillance

Traitement initial chez les patients qui répondent aux critères d'amorce de la pharmacothérapie :

- Recommander un traitement par bisphosphonates (alendronate, risédronate ou acide zolédronique).
- Chez les femmes postménopausées âgées de moins de 60 ans ou ménopausées depuis moins de 10 ans qui accordent la priorité au soulagement des symptômes de la ménopause, conseiller une thérapie hormonale de la ménopause comme solution de rechange aux bisphosphonates.
- Chez les patients présentant des contre-indications, une intolérance ou des obstacles aux bisphosphonates, conseiller le dénosumab*.
- Chez les patients présentant une fracture vertébrale grave récente ou plus d'une fracture vertébrale et un score T égal ou inférieur à -2,5, conseiller de consulter un spécialiste de l'ostéoporose en matière de traitement anabolisant (tériparatide, romosozumab).
- Chez les femmes ménopausées qui présentent des contre-indications ou une intolérance ou choisissent de ne pas amorcer les autres traitements proposés, conseiller le raloxifène plutôt que l'absence de traitement.

**Remarques : Malgré les avantages du dénosumab, une évaluation minutieuse des indications est nécessaire en raison du risque de perte osseuse rapide et de fractures vertébrales en cas de retard d'administration ou d'arrêt du dénosumab. Il est important de communiquer la nécessité de s'engager à suivre un traitement à long terme et la nécessité de passer à un autre traitement antirésorptif en cas d'arrêt du dénosumab. Les doses de dénosumab doivent être administrées tous les 6 mois et ne pas être retardées de plus d'un mois en raison de la perte osseuse rapide et des fractures vertébrales.*

Durée du traitement

- Chez les patients sous bisphosphonates, conseiller un traitement initial de 3 à 6 ans avant d'envisager une interruption du traitement.
- En cas de réponse inadéquate au traitement par bisphosphonates malgré l'observance, la pratique exemplaire consiste à prolonger ou à modifier le traitement, et à réévaluer les causes secondaires.
- Chez les patients sous dénosumab, conseiller un traitement ininterrompu à long terme.
- Chez les patients qui abandonnent le dénosumab après 4 doses ou moins, conseiller de passer aux bisphosphonates 6 mois après l'administration de la dernière dose de dénosumab afin de réduire le risque de perte osseuse rapide. Proposer un traitement par bisphosphonates pendant un an, puis réévaluer la nécessité d'un traitement de transition continu.
- Chez les patients qui abandonnent le dénosumab après 5 doses ou plus et qui présentent un risque de perte osseuse rapide ou de fractures vertébrales élevé (par exemple, en cas de fractures vertébrales prévalentes), la pratique exemplaire consiste également à consulter un spécialiste de l'ostéoporose sur la marche à suivre pour passer à un traitement de rechange.

Surveillance du traitement

- Conseiller une surveillance de la DMO 3 ans après l'amorce de la pharmacothérapie[#].
- 3 ans après l'arrêt du traitement par bisphosphonates (c'est-à-dire une interruption du traitement), il est conseillé de réévaluer la DMO et le risque de fracture pour déterminer s'il est nécessaire de reprendre le traitement[#].

**Intervalle plus court pour la réévaluation de la DMO et réévaluation plus précoce en cas de causes secondaires, de nouvelle fracture ou de nouveaux facteurs de risque cliniques.*