

# OSTEOPOROSSES

## PLAN

A/INTRODUCTION:

B/PHYSIOPATHOLOGIE:

C/MESURE DE LA MASSE OSSEUSE:

D/DIAGNOSTIC POSITIF:

E/DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE:

F/TRAITEMENT:

J/PREVENTION:

H/CONCLUSION:

# A/INTRODUCTION:

\*très fréquente.

\*l'ostéoporose doit être différenciée de l'ostéopénie physiologique .

\*la masse osseuse chez l'homme est nettement supérieure à celle chez la femme.

\*la masse osseuse est a son maximum entre 20-30 ans.

\*au delà de 30 ans: perte osseuse globale 0,5-1 pour cent/an; plus rapide chez la femme(surtout après la ménopause+++).

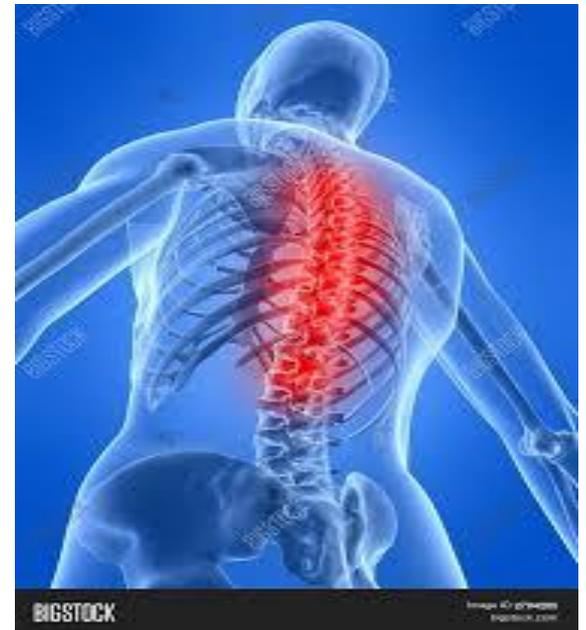
\*perte osseuse → fragilité squelettique → fractures.

# B/PHYSIOPATHOLOGIE:

1-la fracture ostéoporotique: survient car la masse osseuse est diminuée.

2-ostéoporose primitive:

\*ostéoporose post ménopausique(tyepel){femme entre 50-60 ans.les fractures surviennent au rachis et à l'avant bras}.



\*ostéoporose sénile (type II){touche les deux sexes après 75ans , les fractures surviennent surtout au col et à l'humérus}.

>>>les mécanismes en cause sont multiples aboutissant à une baisse de l'apposition ostéoblastique par rapport à la résorption ostéoclastique:

-les facteurs hormonaux+++(carence oestrogénique ; carence androgénique).

-les facteurs génétiques.

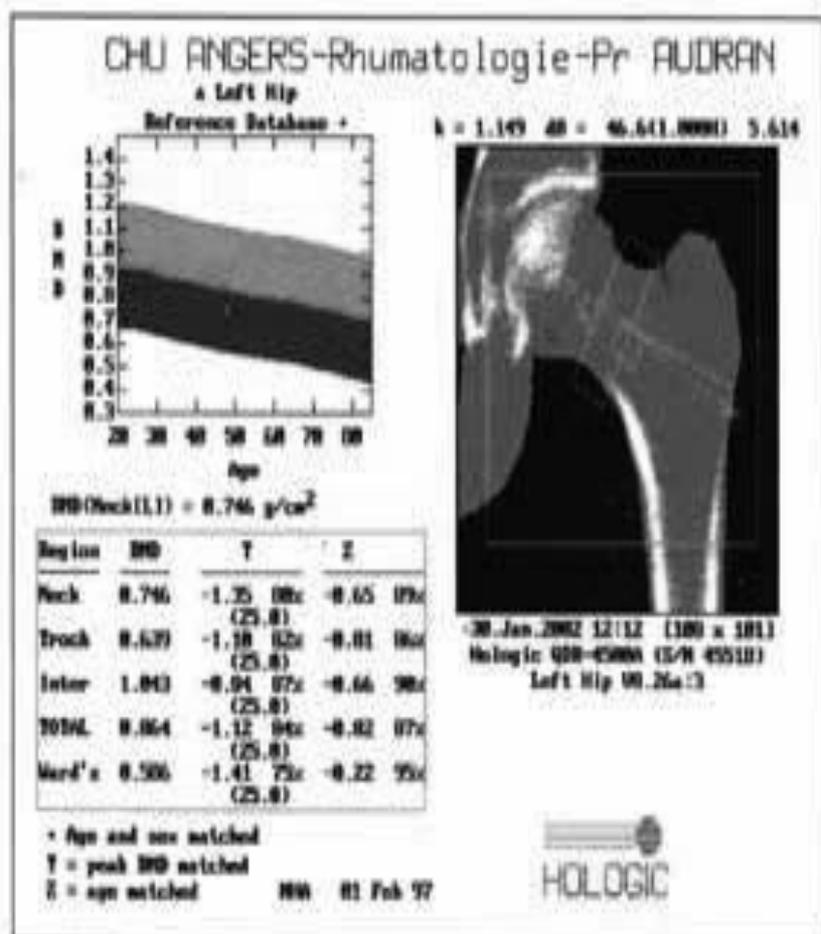
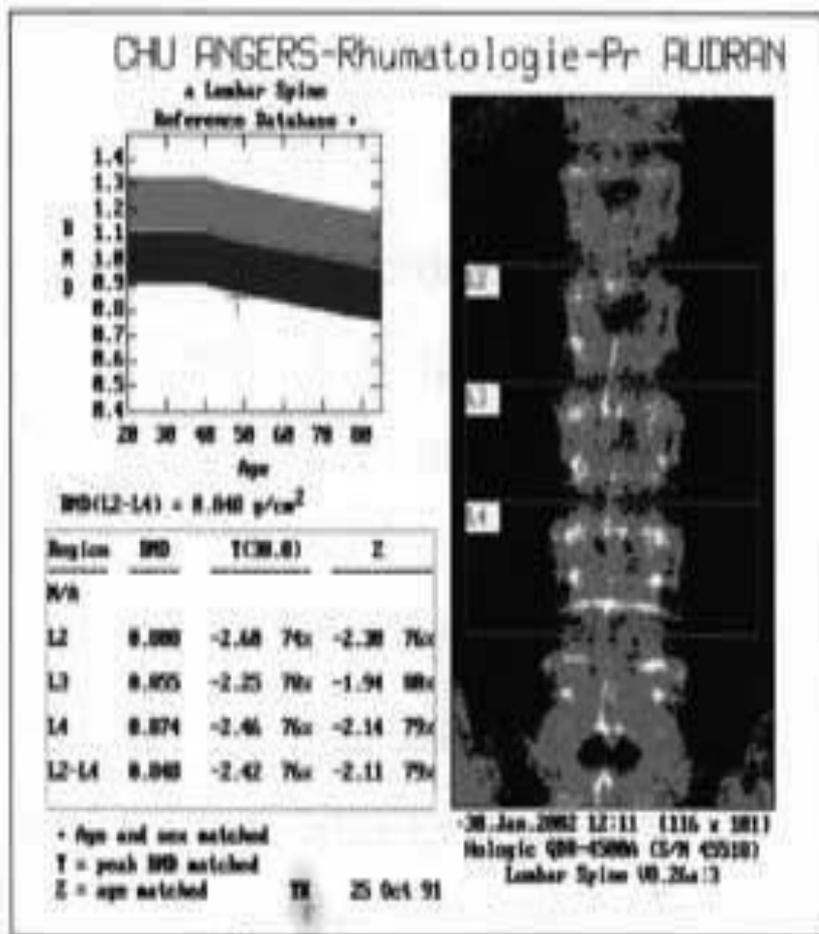
-les facteurs mécaniques(immobilisation ,baisse de la masse musculaire).

-les facteurs métaboliques(carence calcique, carence vitamine D, défaut de la 25hydroxylation).

-vieillissement osseux.

# C/MESURE DE LA MASSE OSSEUSE:

- absorptiométrie bi photonique à rayons X(DMO=densitométrie osseuse).
- le chiffre donné est reporté sur une courbe de normalité, définissant ainsi:
  - \*Z-score.
  - \*T-score.
- ce qui permet différencier entre ostéoporose modéré et sévère.



# D/DIAGNOSTIC POSITIF:

## 1-circonstances de découverte:

- \*examen radiologique.
- \*rachialgie par tassement vertébral+++.
- \*rachialgies chroniques par troubles statiques.
- \*fractures périphériques(os longs, col fémur , poignet).

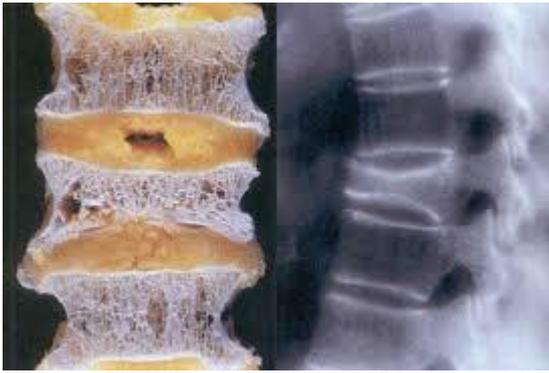
## 2-examen clinique:

- \*meure de la taille (a comparer aux chiffres antérieures).
- \*rapprochement des cotes des crêtes iliaques.
- \*déformation vertébrale.
- \*examen général le plus souvent normal.

### 3-examens complémentaires:

- \*radiographies simples( hyper transparence diffuse prédomine au rachis , amincissement des corticales , fractures).
- \*scintigraphie osseuse (hyperfixation sur les fractures).
- \*TDM(trait fracture et rapports , surtout bassin).
- \*biologie(normales).
- \*DMO( densitométrie osseuse):+++.
- \*biopsie osseuse (en cas de doute).





*Figure 2 b: fracture du col fémoral sur un os ostéoporotique*



## E/DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE:

\***Ostéoporose secondaire**: rechercher une cause surtout lorsqu'il s'agit d'un homme ou sujet jeune:

>iatrogènes: corticothérapie ,hormones thyroïdiennes ,héparine au long cours.

>endocriniennes:Cushing,hyperthyroïdie,acromégalie,hypogonadisme.

>métaboliques : hémochromatose , hyper calciurie idiopathique familiale.

>génétique :maladie de Lobstein.

\***Ostéoporose idiopathique**:+++ (sénile/post ménopausique).

# F/TRAITEMENT:

## 1-tassement vertébral :

- antalgiques, AINS, repos strict au lit, anticoagulants.
- rééducation fonctionnelle+corset.

## 2-ostéoporose constituée:

(Trois classes de traitement de fond)

\*sels de fluor, associée au calcium en prises éloignées.

\*biphosphonates, ont une action anti-ostéoclastique.

\*calcitonine, action anti-ostéoclastique.

### 3-ostéoporoses secondaires:

- suppression de la cause.

### J/PREVENTION:

#### 1-hormonothérapie de la ménopause:

- œstrogènes+++.

- 10 /15 ans après ménopause.

- surveillance des organes génitaux+++ (sein et col utérin).

#### 2- supplémentation vitaminocalcique:

- en cas de ration alimentaire insuffisante.

- calcium 1g/j; vitamine D.

#### 3-activité physique régulière+++.

## H/CONCLUSION:

- le plus souvent idiopathique+++.  
(post ménopausique ou sénile).
- clinique: les fractures+++.
- hormonothérapie substitutive de la ménopause est la clé du traitement préventif.
- le traitement de fond (fluor ou biphosphonates) de l'ostéoporose constituée est souvent décevant.

MERCI.

# BIBLIOGRAPHIE

- Conférence de consensus (1993) « Consensus development conference: diagnosis, prophylaxis, and treatment of osteoporosis » Am J Med. 1993;94(6):646–50.
- De Vernejoul M-C, Marie P - Traité des Maladies métaboliques osseuses de l'adulte. 1<sup>ère</sup> édition - Médecine Science - Flammarion 2008.
- NIH Consensus Development Panel on Osteoporosis Prevention, Diagnosis, and Therapy/Osteoporosis prevention, diagnosis, and therapy. JAMA. 14 févr 2001;285(6):785-95.