

**Ostéoporose sévère: conséquences d'un diagnostic tardif  
étude préliminaire de 20 patientes**

**Auteurs :** Doumi.R, Iahouel.K.F, Abderrahim.A , Kehli.M, Rahmani.K.M, Derdour.S, Zaidi.Y, Taleb Ahmed.M, Mouffokes.H, Boulekouane.M.F, Benabed.K, Adda.H, Hadri.S, Mohammed Seghir.F, Djebbar.S, Madani.I, Arrar.Y, Yakoubi.A, Bendib.Y, Charane.B, Hamimed.F.Z, Layadi. K, Ramaoune.M.K

**Structure :** Service de Médecine Physique et de Réadaptation CHU Oran

**I - Introduction**

L'ostéoporose veut dire **os poreux**. Depuis la conférence de consensus sur l'ostéoporose tenue en 1993 à Hong Kong, celle-ci est définie comme :  
« **une maladie systémique du squelette, caractérisée par une masse osseuse basse et une détérioration de la microarchitecture du tissu osseux conduisant à une augmentation de la fragilité osseuse et une augmentation du risque fracturaire.** »  
> L'ostéoporose a été définie lorsque la valeur du **T-score est inférieure à -2,5 DS**  
> **problème de santé publique** en raison de  $\nearrow$  de l'espérance de vie.

**II- Problématique**

De nombreuses patientes sont orientées vers le service de médecine physique et de réadaptation chou ORAN pour une prise en charge des troubles orthopédiques II aire à **des fractures**.  
En réalité: **ostéoporose sévère non diagnostiquée**.

**III- But du travail**

- Etre vigilant devant une femme pré ou post ménopausique et devant des fractures sur traumatisme minime.  
- Diminution du **risque fracturaire**, source de **handicap** fonctionnel parfois majeur et de **pronostic vital** chez ces sujets présentant souvent des comorbidités.

**IV- Objectifs**

- Comprendre les raisons d'un tel retard au diagnostic.  
- Mettre en exergue la nécessité d'un **diagnostic précoce** et d'un **traitement adapté précoce avant la survenue de fractures invalidantes**.  
**Dans un 2ème temps:**  
- Évaluer la qualité de vie des patientes.  
- Évaluer leur satisfaction au traitement.

**V- Matériels et méthodes**

Étude prospective en cours de réalisation

**Facteurs d'inclusion:**

Le recrutement des malades se fait à la consultation de MPR.

**Facteurs d'exclusion:**

Toutes les ostéoporoses II aires.

Toutes nos patientes doivent répondre à un même questionnaire à l'interrogatoire; même protocole d'examen clinique et paraclinique:

Nom - prénom - âge - nombres de grossesses - Age de la ménarchie - âge ménopause

- Poids - taille - IMC
- Antécédents personnels : (fractures, rachialgies)
- Antécédents familiaux : (fractures)
- Les habitudes alimentaires : (produits laitiers)
- Lieu d'habitat (exposition soleil)
- Signes cliniques de l'ostéoporose:

- $\searrow$  de la **taille**
- $\nearrow$  **cyphose dorsale**
- **antéprojection de la tête**
- **distance entre les dernières côtes et le pelvis**
- **plis de la peau en forme de sapin**

- Fractures : nombre; siège; mécanisme ;date;
- Rx anciennes : déminéralisation, fractures vertébrales
- **DMO** : date et chiffre
- Bilan biologique conventionnel
- ionogramme complet
- Radio du rachis dorsolombaire

Patientes	Age de la ménopause	Délai de survenue de la 1ère Fr après ménopause	Age de la ménarchie	Nombre des grossesses	DMO T score rachis
1 (51ans)	48	3	11	3	-3.2
2 (52ans)	48	4	13	8	-3.4
3 (55ans)	50	5	12	00	-4
4 (55ans)	52	3	13	3	-2.5
5 (56ans)	50	6	14	5	-2.9
6 (57ans)	52	5	12	4	-3.8.4
7 (58ans)	47	11	13	6	-2.5
8 (59ans)	49	10	13	1	-3.6
9 (59ans)	49	10	15	7	-4.1
10 (61ans)	52	9	13	4	-4
11 (62ans)	48	14	13	6	-3
12 (63ans)	56	7	13	8	-3
13 (63ans)	55	8	12	10	-4.13
14 (66ans)	51	15	12	9	-3.4
15 (68ans)	50	18	12	9	-4.34
16 (72ans)	50	10	13	11	-5.35
17 (72ans)	50	22	13	5	-5.5
18 (73ans)	37	26	15	8	-4.8
19 (73ans)	56	17	12	10	-3.9
20 (74ans)	40	34	14	7	-3

siège de la fracture	nombre	type de traitement
extrémité inférieure du radius	12 (7GH + 5DT)	9 orth +3 chirurg
extrémité inférieure cubitus	1(GH)	orthopédique
tête humérale	2 (GH)	1 orth +1 chirurg
clavicule	1 (GH)	orthopédique
coude	2 (1GH +1 DT)	chirurgicale
métacarpe	1(DT)	chirurgicale
bassin	1(GH)	orthopédique
extrémité supérieure du fémur	3(GH)	chirurgicale
rotule	1 ( DT)	chirurgicale
malléole	3(GH)	orthopédique
métatarse	2(1GH+1 DT)	orthopédique

**Un index de masse corporelle inférieur à 19 kg/m2 est un facteur clinique de risque d'ostéoporose**

IMC kg/m2	Nombre des patientes
IMC ≤ 19	1
19 < IMC ≤ 25	8
25 < IMC ≤ 30	8
30 < IMC ≤ 35	3
IMC > 40	00

**VI- Les résultats et discussion**

- L'âge moyen: **62.45 ans**.
- L'âge moyen de la ménopause: **49.5 ans**.
- L'âge moyen de la ménarchie : **12.9 ans**.
- la moyenne pour les grossesses est de: **6.2**.
- DMO moyenne: - **3.7 DS**.
- La durée moyenne de la survenue de la première fracture après la ménopause : **11.85 ans**.

- IMC moyen : **25.99 kg/m2** .
- 2 cas de **ménopause précoce**.
- La moyenne de fracture: **1.45**.
- La fracture de l'extrémité inférieure du radius est la plus fréquente: **12**.
- Le coté gauche est le plus atteint: **20**.
- Le traitement orthopédique est le plus utilisé: **18**.
- **Sept patientes ont plus d'une fracture(Fr):**  
6ème : Fr du condyle ext du coude GH 6 mois plus tard Fr de l'extrémité inférieure du radius (Fr EIR ) GH.  
7ème : FR 5 ème métatarse pied DT 6 mois plus tard Fr EIR DT.  
8ème : Fr de l'olécrane droit + Fr EIR GH pendant le même traumatisme.  
9ème : Fr EIR GH 3 mois plus tard Fr de la Tête humérale DT.  
14ème : Fr EIR GH et droite pendant le même traumatisme.  
16ème : Fracture de la malléole externe gauche en 2001 .  
Fracture de ¼ inférieur de cubitus gauche Février 2011.  
Fracture de la branche iliopectineuse gauche en octobre 2011.  
Fracture petrochantérienne gauche en Décembre 2011.  
18ème : Fr EIR DT 2 ans plus tard Fr petrochantérienne GH .
- Radiographies (Rx) du rachis dorsolombaire

	Rx anciennes	Rx récentes
Tassement vertébrale	2	4
Déminéralisation osseuse	4	20

- Ionogramme seules 2 patientes avaient un chiffre au dessous de la normale:  
p1: 84 mg/l(88-105 mg/l) p2:85(88-105 mg/l)  
Deux patiente n'ont pas effectué les bilans biologiques.
- **pour deux patientes on a la notion de fracture de l'extrémité supérieure de fémur chez un parent de 1er degré** .
- Rachialgies dorsolombaire pour **4** patientes avec notion d'automédication ( antalgiques et ou AINS)
- Une patiente ne consomme pas les produits laitiers depuis l'enfance **intolérance au lait**.
- Toutes nos patientes ont des maisons ensoleillées.
- La cause la plus fréquente est la chute de sa hauteur pour **18** patientes  $\rightarrow$  **traumatisme bénin**.
- Pour deux patientes:  
- chute d'une échelle 1.5m( FR de l'EIR GH + DT).  
- chute à l'escalier 5 marches( FR DE l'olécrane DT+ l'EIR GH ).
- **4** patientes ont des plis de la peau en forme de sapin.
- **3** patiente ont **Rib - pelvis** distance **positif**.
- **4** patientes ont **Wall occiput** distance **positif**.
- **6 patientes ont des fractures vertébrales**.
- **4** patientes ont une  $\searrow$  du taille significative.

**VII- Prise en charge**

- Programme de rééducation pour **les troubles orthopédiques**.
- Traitement médical antalgique + physiothérapie.
- Traitement de l'ostéoporose.
- Supplémentation en calcium et vit D.
- Orthèses: - lombostat semi rigide.  
- corset de redressement dorsolombaire.  
- canne, déambulateur.

**Hygiène de vie basée sur la prévention des chutes**  
**Exercices physiques** (MH Lafarge, l'exercice physique adéquat est ostéogénique,2009.)

**VIII- Conclusion**

Devant une patiente ménopausée ou un sujet à risque, penser à l'ostéoporose.  
**Une éducation en santé est souhaitable pour une prévention optimale des fractures qui font toute la gravité de l'ostéoporose, et pour une diminution du handicap fonctionnel et du coût de la prise en charge pour la communauté.**

