

**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 chez 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 on Wall occiput distance **positif**.

- **6 patientes ont des fractures vertébrales**.

- **4** patientes ont une \searrow de la 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**.

