



Fracture ostéoporotique chez les femmes ménopausées : l'alendronate réduit le risque

Rev Med Suisse 2008 ; 4 : 2703

Rédaction :

R. Bize
O. Lamy
I. Peytremann-Bridevaux

Coordination rédactionnelle :

Drs B. Burnand, R. Bize,
I. Peytremann-Bridevaux
et M. Rège Walther

Adresses :

Drs Raphaël Bize
et Isabelle Peytremann-Bridevaux
Institut universitaire de médecine sociale
et préventive de l'Université de Lausanne
et Réseau francophone Cochrane
Bugnon 17, 1005 Lausanne
Isabelle.Peytremann-Bridevaux@chuv.ch

Dr Olivier Lamy
Département de médecine interne
CHUV, Bugnon 46, 1011 Lausanne

Scénario

Vous suivez une femme de 57 ans, ménopausée, chez qui une densitométrie osseuse a révélé un T-score à -1, sans antécédent fracturaire. Elle vous demande s'il est judicieux pour elle de prendre un médicament pour diminuer son risque de fracture.

Question

Quelle est l'efficacité clinique des bisphosphonates, et plus spécifiquement de l'alendronate dans la prévention des fractures ostéoporotiques de cette patiente ?

Cette rubrique présente les résultats d'une revue systématique publiée par la Collaboration Cochrane dans la *Cochrane Library* au premier trimestre 2008 (www.cochrane.org/). Volontairement limité à un champ de recherche circonscrit, cet article reflète l'état actuel des connaissances de ce domaine. Il ne s'agit donc **pas** de recommandations pour guider la prise en charge d'une problématique clinique considérée dans sa globalité (guidelines).

Contexte	La morbidité et la mortalité associées à l'ostéoporose sont principalement liées au risque augmenté de fractures des vertèbres et de la hanche. Prescrire un traitement d'alendronate chez la patiente décrite ci-contre correspondrait à une intervention de <i>prévention primaire</i> , actuellement non recommandée. Il s'agit de vérifier si les résultats de cette revue systématique suggèrent de modifier cette attitude.
Résultats	Après la ménopause, la prise quotidienne de 10 mg d'alendronate (≥ 1 an) : <i>En prévention primaire</i> * : – diminue significativement le risque de fracture <i>vertébrale</i> (RR 0,55 ; IC 95% 0,38-0,80 ; NNT = 42-186 selon le risque initial) – ne diminue pas significativement le risque de fracture <i>non vertébrale</i> (hanche, poignet) <i>En prévention secondaire</i> ** : – diminue significativement le risque de fractures <i>vertébrales</i> (RR 0,55 ; IC 95% 0,43-0,69 ; NNT = 19-42) et <i>non vertébrales</i> (hanche, poignet) (RR 0,77 ; IC 95% 0,64-0,92 ; NNT = 16-27) <i>Effets indésirables</i> : – l'alendronate ne semble pas augmenter le risque d'effets secondaires, même si des données observationnelles ont soulevé des inquiétudes concernant un risque possiblement accru d'ulcère œsophagien, de gastrite, ainsi qu'exceptionnellement d'ostéonécrose de la mâchoire
Limites	– La revue ne considère qu'un seul bisphosphonate, alors que trois autres sont disponibles sur le marché – Absence de critères univoques pour la classification des fractures entraînant un risque d'erreur de classification au sein des études (avec biais possible) – Suivi incomplet des patientes – Seules quelques-unes des onze études incluses dans la revue systématique ont pu être combinées dans les méta-analyses décrites ci-dessus – Il n'est pas possible de déterminer si une prise d'alendronate pendant < 1 an apporte les mêmes bénéfices
Conclusions des auteurs	En prévention <i>primaire</i> , une diminution du risque n'a été notée que pour les fractures vertébrales. En prévention <i>secondaire</i> , une réduction du risque cliniquement et statistiquement significative a été observée pour les fractures vertébrales et non vertébrales
Réponse à la question clinique	Cette revue systématique suggère que la prescription d'un traitement d'alendronate chez les patientes ménopausées, avec un T-score à -1 et sans antécédent fracturaire, réduit significativement le risque de fracture vertébrale. Le nombre de patients à traiter (NNT) s'élève toutefois à près de 200 pour un suivi compris entre un et quatre ans, ce qui au vu des coûts du traitement, plaide contre une indication systématique au traitement par alendronate pour ce type de population à faible risque de fracture

Référence: Wells GA, Cranney A, Peterson J, et al. Alendronate for the primary and secondary prevention of osteoporotic fractures in postmenopausal women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1. Art. No. CD001155. DOI:10.1002/14651858.CD001155.pub2.

* Prévention primaire: densité osseuse abaissée < 2 DS, ou prévalence des fractures vertébrales < 20%, ou données non disponibles mais âge moyen 62 ans.

** Prévention secondaire: densité osseuse abaissée > 2 DS, ou antécédent de fracture vertébrale.

RR: risque relatif; IC: intervalle de confiance; NNT: nombre de patients à traiter.