

Quand l'ostéodensitométrie est-elle utile ?



Après la survenue d'une fracture consécutive à un traumatisme léger, la mesure de la densité osseuse par ostéodensitométrie est utile pour décider s'il est justifié de prendre un traitement. En l'absence de fracture anormale, même après la ménopause, son utilité n'est pas démontrée.

Le but de la démarche : diminuer le risque de fracture

● Les examens complémentaires sont utiles quand ils permettent de prendre des décisions utiles. Lorsqu'ils ne le permettent pas, ils sont inutiles, et parfois néfastes, car leurs résultats peuvent inquiéter à tort et conduire à d'autres examens et à des traitements injustifiés.

● L'ostéodensitométrie mesure la "densité osseuse", dans le but d'évaluer le risque de fracture "anormale", c'est-à-dire de fracture due à un traumatisme peu intense (par exemple une fracture du fémur après une chute de sa hauteur). La question est donc de savoir dans quelle(s) situation(s) l'ostéodensitométrie permet de prendre des décisions utiles pour diminuer le risque de fracture "anormale".

Après une fracture "anormale", l'ostéodensitométrie est utile

● Après une fracture survenue à la suite d'un traumatisme léger, et quand l'ostéodensitométrie montre une diminution de la densité osseuse (par un T score $\leq -2,5$), l'*acide alendronique* est le médicament le mieux évalué dans cette situation. Pris pendant plusieurs années, il permet de diminuer modestement le risque de nouvelle fracture. Traiter 100 femmes pendant 3 ans évite environ 3 tassements douloureux d'une vertèbre et 1 fracture du col du fémur. Par contre, quand l'ostéodensitométrie est normale, le traitement n'est pas utile.

● Dans cette situation, l'ostéodensitométrie est utile car elle aide à décider qui traiter par ce médicament.

Après la ménopause, en l'absence de fracture, l'ostéodensitométrie n'est pas utile

● Chez les femmes ménopausées, même quand l'ostéodensitométrie détecte une diminution de la densité osseuse traduite par un T score $\leq -2,5$, et qu'aucune fracture n'est survenue, il n'est pas bien établi que des médicaments (tels que l'*acide alendronique* ou le *raloxifène*) diminuent le risque de fracture. Leurs effets indésirables, eux, sont bien établis, et ils sont parfois graves (lésion de l'œsophage, nécrose de l'os

de la mâchoire, accident cardiovasculaire).

● Dans cette situation, quel que soit le résultat de l'ostéodensitométrie, mieux vaut ne pas prendre ces médicaments. L'ostéodensitométrie n'est alors pas utile, car elle ne change rien à la décision médicale.

● Pour diminuer le risque de fracture après la ménopause, les mesures les plus utiles sont l'augmentation de l'activité physique, l'adaptation du logement pour éviter les chutes, une alimentation riche en calcium et la diminution des médicaments pouvant provoquer des chutes (en particulier les tranquillisants et somnifères). Le traitement hormonal de la ménopause fait courir plus de risques qu'il n'apporte de bénéfices.

● Chez les personnes âgées de plus de 70 ans vivant en institution (maison de retraite, etc.), l'apport de *vitamine D* et de *calcium* est utile. Dans cette situation, une ostéodensitométrie n'est pas utile car, normale ou anormale, elle ne change rien à la décision médicale.

©Prescrire - février 2013

Sources :

- "20-2. Patients ayant une ostéoporose" *Rev Prescrire* 2012 ; **32** (350 suppl. interactions médicamenteuses).
- "Prévention des chutes chez les personnes âgées" *Rev Prescrire* 1997 ; **17** (171) : 202-204.
- "Prévention des fractures de la femme âgée" *Rev Prescrire* 1998 ; **18** (183) : 291-297.
- "Ostéodensitométrie chez les femmes ménopausées en bonne santé" *Rev Prescrire* 2007 ; **27** (285) : 516-521.