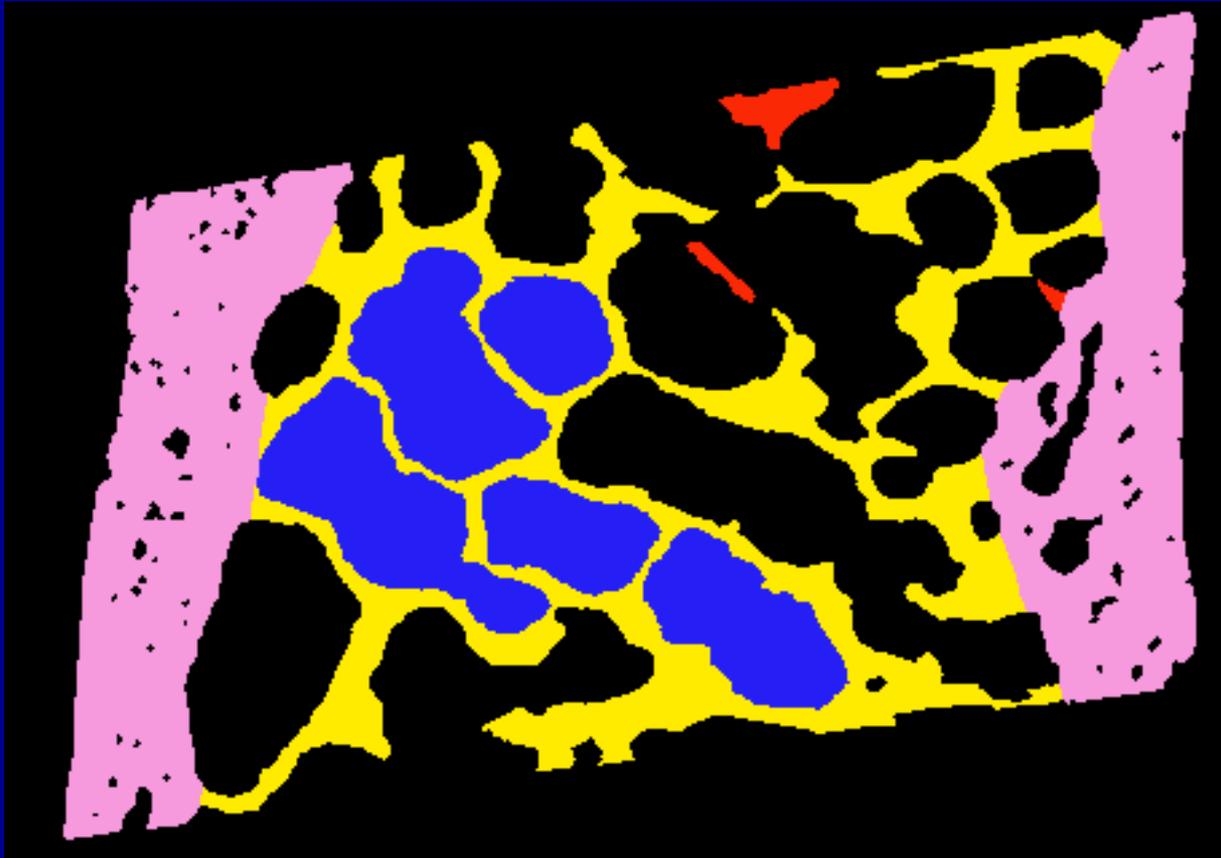


OSTEOPOROSE MASCULINE



M. Gayraud

- **Démarche diagnostique difficile**
- **Pas de définition claire des seuils d'intervention**
- **Densitométrie: « normes féminines »**
- **Etudes thérapeutiques faites chez la femme**
- **Prescriptions parfois hors AMM**

EPIDEMIOLOGIE (1)

- 25% des fractures de l'ESF: chez l'homme
- A partir de 50 ans, risque de survenue d'une fracture ESF pendant la vie d'un homme est entre 6 et 10% (vs 17% femme)
- Age moyen fracture: 73,1 ans
- Taux de mortalité 1^{er} mois 10 à 14% (vs 5% femme), à un an 37,5%
- Incidence X 2 à 3 dans les 2 décennies

EPIDEMIOLOGIE (2)

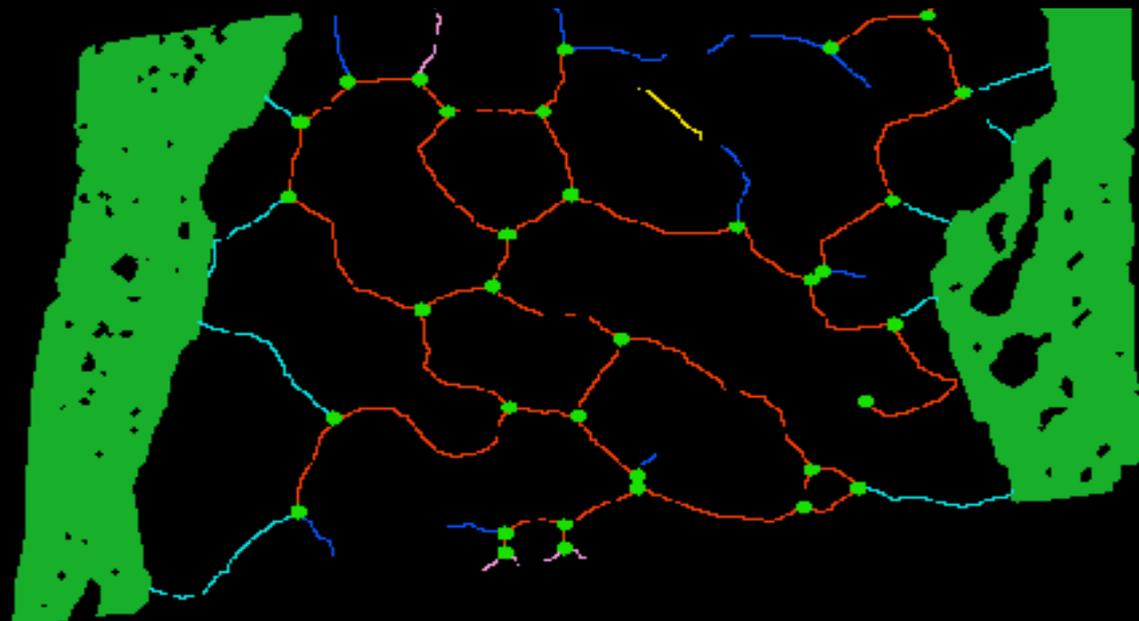
- Taux de fractures vertébrales inférieur chez l'homme , correspond à des fractures traumatiques: 16,5% entre 50 et 54 ans, 29% entre 75 et 79 ans
- Fractures vertébrales ostéoporotiques (1 à 2% des hommes)
- Fractures périphériques: côtes, humérus proximal, chevilles

Pourquoi l'OP est plus rare chez l'homme

- Capital osseux acquis > 30% car taille os plus longue, diamètre os longs et surfaces vertébrales > 25%
- Perte osseuse trabéculaire idem/F, mais la porosité corticale et la résorption endostéale est inférieure (deficit formation)
- Perforation des travées osseuses moins fréquentes, plus d'appositions périostées
- Masse musculaire plus élevée
- Le processus s'accélère après 70 ans

ROLE DES HORMONES

- Taux de testostérone libre et d'oestradiol libre diminuent de 40 à 60% entre 20 et 90 ans (formes totales diminuent peu)
- Taux de testotérone mal corrélé à DMO et aux fractures
- Taux d'oestradiol libre corrélé à DMO
- Role de la SHBG et aromatase



	Pas de Fracture	Au moins 1 fracture	p *
	n = 46	n = 62	
Age (années)	50.3 ± 13.3	53.4±12.8	ns
Densité lombaire (g /cm²)	0.73 ± 0.08	0.71 ± 0.08	ns
Densité fémorale (g /cm²)	0.69 ± 0.08	0.67 ± 0.11	ns
Volume trabéculaire osseux (%)	13.9 ± 4.0	11.9 ± 4.7	ns
Epaisseur des travées (µm)	97.3 ± 26.7	98.3 ± 34.5	ns
Nombre des travées (/mm)	1.4 ± 0.3	1.2 ± 0.4	0.002
Espacement des travées (mm)	635.3 ± 189.1	806.9 ± 275.9	0.005
Indice d'Interconnectivité	2.2 ± 0.9	3.83 ± 2.8	0.01
Nombre de noeuds	30.6 ± 13.8	20.0 ± 12.5	0.01
Nombre d'extrémités libres	15.6 ± 8.9	25.7 ± 15.2	0.01

OSTEOPOROSE MASCULINE PRIMITIVE

- 30 à 40% des patients
- patients jeunes 30 à 60 ans
- CD: transparence RX, fractures vertébrales
- facteur génétique (60 à 80% variance pic MO)
- déficit fonction ostéoblastique
- diminution des taux d'oestradiol biodisponibles par élévation de la SHBG

✓ **Ostéoporose primitive**

✓ **Ostéoporoses secondaires très fréquentes**

Ostéoporose cortisonique ++

Ethylisme chronique ++

Tabagisme

Carence en calcium et vitamine D

(après 70 ans)

Hypogonadisme

✓ **Ostéoporoses secondaires plus rares**

HIV

Maladies hépatiques et digestives chroniques

Transplantation

Hyperthyroïdie

Polyarthrite rhumatoïde

Hypercalciurie idiopathique/Diabète phosphoré

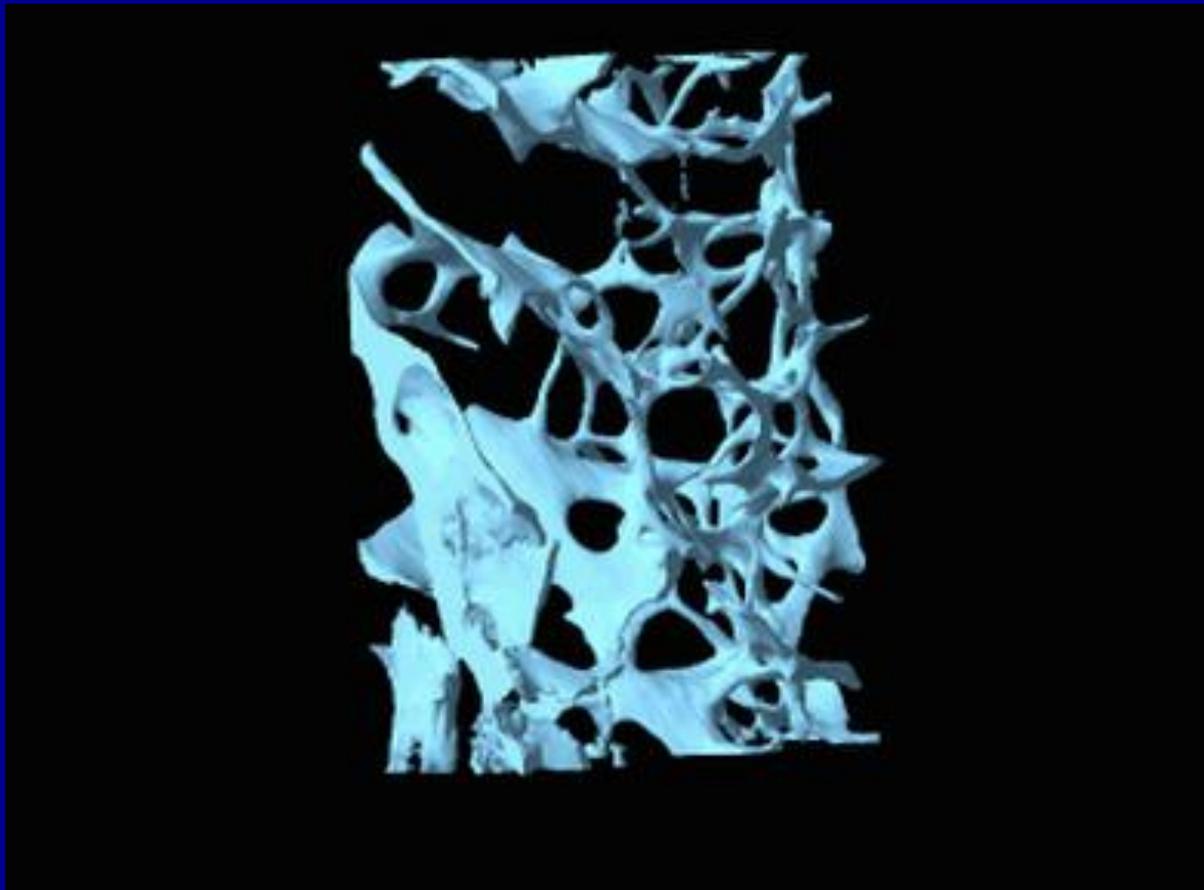
Hémochromatose Anticonvulsivants, Immobilisation prolongée

Mastocytose systémique, Ostéogénèse imparfaite, Marfan

✓ **Diagnostics différentiels**

Ostéopathies malignes : métastases, myelome, hémopathies

Ostéomalacie , Hyperparathyroïdie primitive , Ostéodystrophie rénale



	Patient 1	Patient 2	Patient 3
Age (années)	40	60 (<i>risque × 2,2</i>)	80 (<i>risque × 5</i>)
T-score fémoral (DS)	-2,5 (<i>risque × 3</i>)	-2,5 (<i>risque × 3</i>)	-2,5 (<i>risque × 3</i>)
Contexte osseux	OP idiopathique	Corticothérapie (<i>risque × 2</i>)	Corticothérapie (<i>risque × 2</i>)
Contexte neurologique	Normal	Normal	Parkinson (<i>risque × 3</i>)
Risque relatif de fracture	3	13	90

DENSITOMETRIE CHEZ L'HOMME

- Chez l'homme, le seuil de fracture se situerait à une valeur de DMO plus élevée
Taille plus longue des os élève la DMO
- Pas de référentiel par rapport à une population d'hommes âgés de 30 ans
Densité ESF plus intéressante

TRAITEMENT

- Activité physique
(DO < 4 à 6% qd FM dans le quartile inférieur)
- Calcium 1,2 à 1,5 g/j, Vitamine D 1200 UI/j
- Eviter les chutes
- Hormonothérapie
- **3 Classes thérapeutiques:**
 - Biphosphonates : anti resorptifs per os et IV
AMM chez l'homme : alendronate, risédronate
 - *Raloxifène (uniquement chez la femme)*
 - Ranelate de Strontium: ostéoformateur et antirésorptif
(études en cours pour l'homme)
 - Tetaripatide: ostéoformateur (**AMM non remboursé**)

QUELS HOMMES DEPISTER

- Fractures non ou peu traumatiques
- Facteurs étiologiques (CT, alcool, tabac, BMI <20, atcd familiaux, maladie inflammatoire
- si T score < 1 : rechercher une cause et la traiter, tt/ Calcium et vit D, activité physique
- si Tscore < 2,5 Bip ou tetirapide
- Si Tscore entre -1 et - 2,5 refaire OD dans 2 ans