

Ligne directrice: «Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of Osteoporosis in Canada (2010)»

Concepteur: Scientific Advisory Council of Osteoporosis Canada

Summary: Cette ligne directrice est de haute qualité, mais le GECSSP a identifié certaines inquiétudes qui pourraient limiter son applicabilité. Le GECSSP a identifié quelques réserves par rapport aux méthodes utilisées, ce qui devraient être considérées si les recommandations sont appliquées, notamment les recommandations à plus faible certitude ou appuyées par de plus faibles preuves.

APERÇU: Cette ligne directrice¹ met l'accent sur la prévention des fractures de fragilisation chez les adultes, une question de grande importance clinique qui représente un fardeau important pour le système de santé au Canada. Chez les femmes, l'incidence annuelle de fractures ostéoporotiques est plus de deux fois l'incidence combinée des crises cardiaques, des accidents cérébraux vasculaires et du cancer du sein². Les médecins de première ligne jouent un rôle majeur dans la prévention de ces fractures; cependant, il existe une grande variabilité de pratiques, y compris la sous-utilisation de traitements potentiellement bénéfiques. La ligne directrice a été élaborée au Canada par une équipe possédant une expertise diversifiée. Il aborde les stratégies de prévention telles le dépi-stage du risque de fracture de fragilisation et la thérapie pharmacologique.

PERTINENCE AU MANDAT DU GECSSP: Toutes les sections de la ligne directrice sont pertinentes au mandat du GECSSP de prévention en matière de soins de santé primaires.

POPULATION: L'examen des preuves se limitait aux hommes et femmes âgés de plus de 50 ans. Donc, cette ligne directrice ne s'applique pas aux enfants, ni aux adultes plus jeunes.

MÉTHODE DE SYNTHÈSE DES DONNÉES

PROBANTES: Deux examens des preuves ont été réalisés pour appuyer la ligne directrice². Une recherche de novo pour des modèles d'évaluation des risques a identifié 26 études publiées entre 1990 et décembre 2009. L'examen des thérapies pharmacologiques et des événements indésirables fut une mise à jour de l'examen systématique mené par MacLean et al.³; il a identifié 34 études publiées de janvier 2007 au 11 décembre 2009. Les bases de données MEDLINE, Embase et EBM

Reviews ont été recherchées. Ces recherches ont été mises à jour avant la publication, à quel point des données pertinentes jusqu'au 19 septembre 2010, ont été incluses.

SYSTÈME DE NOTATION: Les recommandations ont été accordées des niveaux de A à D dépendant de la conception de l'étude et du consensus des experts. Le niveau A indique des preuves de qualité supérieure (par exemple, les examens systématiques, des essais contrôlés randomisés) et le niveau D, des preuves de qualité inférieure (par exemple, des séries de cas, des rapports d'études de cas, des études cas-témoins)⁴. Un résumé détaillé du système de notation est présenté dans le Tableau 2.

COMMENTARY: These recommendations address the assessment, prevention and management of people over the age of 50 years who are at risk of fragility fractures. The accompanying evidence synthesis provides a comprehensive summary of the current literature on osteoporosis screening and fragility fractures.

The CTFPHC identified some concerns during its appraisal. The competing interests of the guideline developers are listed, but how these were handled during guideline production is not described. Although Appendix 1 of the guideline describes the methods used for the evidence synthesis,² neither the specific research questions that the review addressed nor the target audience for the guideline are well described. It is unclear why only 17 of the 26 full-text articles identified during the review of methods for risk assessment were used to support the recommendations. The details of the grading system are provided in Appendix 1 but not in the guideline itself, which could make interpretation and application of the recommendations difficult. For most therapeutic (pharmacologic) interventions, there are good

links between the evidence and the recommendations, but the links are less clear for recommendations on exercise, calcium and vitamin D. Recommendations on the ages to start and stop screening do not appear to be supported by the evidence. Finally, although consideration of patient preferences is briefly mentioned, the guideline would be stronger if it explicitly stated what factors should be considered in such assessment.

The CTFPHC recognizes the importance of osteoporosis and resulting fractures. However, given our reservations about the methods used, this guideline may be used but caution should be applied in its application, especially for recommendations with lower levels of evidence and certainty.

CTFPHC APPRAISAL COLOUR LEGEND:

 GREEN

This is a high quality guideline that can be used to guide preventive care in Canada.

 YELLOW

This is a high quality guideline but the Task Force has identified some concerns that may limit its applicability.

 RED

This is a high quality guideline but the Task Force does not recommend its use in Canada.

Recommandations: Scientific Advisory Council of Osteoporosis Canada

La ligne directrice complète (Français) peut être accédée ici: <http://www.cmaj.ca/content/early/2010/10/12/cmaj.100771/suppl/DC3>

CHEZ QUI DEVRAIS-JE ÉVALUER LE RISQUE D'OSTÉOPOROSE ET DE FRACTURE ?

1. Il faut évaluer les personnes de plus de 50 ans qui ont déjà eu une fracture de fragilisation [niveau A].

COMMENT DOIS-JE ÉVALUER LE RISQUE D'OSTÉOPOROSE ET DE FRACTURE ?

1. Mesurer chaque année la taille et rechercher des fractures vertébrales [niveau A].
2. Évaluer les antécédents de chute au cours de l'année écoulée. Si une chute est survenue, il faut alors effectuer une évaluation de risque multifactoriel incluant la capacité à se lever d'une chaise sans se servir des bras [niveau A].

QUELS EXAMENS DOIS-JE PRESCRIRE EN PREMIER LIEU ?

1. En fonction de l'évaluation clinique, effectuer des analyses biochimiques supplémentaires pour éliminer les causes secondaires d'ostéoporose chez les patients sélectionnés [niveau D].
2. Doser les taux sériques de la 25-hydroxyvitamine D chez les personnes qui recevront une pharmacothérapie contre l'ostéoporose, chez celles qui ont eu des fractures à répétition ou qui présentent une perte osseuse en dépit du traitement de l'ostéoporose et, enfin, chez celles qui ont des comorbidités perturbant l'absorption ou l'action de la vitamine D [niveau D].
3. Le taux sérique de la 25-hydroxyvitamine D doit être mesuré après trois ou quatre mois de supplémentation adéquate et le dosage ne doit pas être répété si une concentration optimale (≥ 75 nmol/l) est atteinte [niveau B].
4. Le taux sérique de la 25-hydroxyvitamine D ne doit pas être dosé chez des adultes en bonne santé ayant un faible risque de déficit en vitamine D, c'est-à-dire sans ostéoporose ou pathologie perturbant l'absorption ou l'action de la vitamine D [niveau D].

ASSESSMENT OF FRACTURE BY RADIOGRAPHY OR DUAL-ENERGY X-RAY ABSORPTIOMETRY

1. Réaliser des radiographies de profil de la colonne vertébrale thoracique et

lombaire ou effectuer une recherche de fracture vertébrale par absorptiométrie biénergétique à rayons X s'il existe des preuves cliniques suggérant l'existence d'une fracture vertébrale [niveau A].

COMMENT PUIS-JE ÉVALUER LE RISQUE DE FRACTURE À 10 ANS ?

1. L'évaluation du risque absolu de fracture doit être basée sur des facteurs établis incluant l'âge, la densité minérale osseuse, les antécédents de fracture de fragilisation et l'utilisation de glucocorticoïdes [niveau A].
2. La version 2010 de l'outil de l'Association canadienne des radiologues et d'Ostéoporose Canada et la version canadienne de l'outil d'évaluation du risque fracturaire de l'OMS doivent être utilisées au Canada parce qu'elles ont été validées auprès de la population canadienne [niveau A].
3. Pour les besoins de l'établissement de rapports sur la densité minérale osseuse, la version 2010 de l'outil de l'Association canadienne des radiologues et d'Ostéoporose Canada est actuellement le système d'évaluation du risque préféré à l'échelle nationale [niveau D].
4. Seul le score T pour le col fémoral (dérivé de la plage de référence pour les femmes caucasiennes dans l'étude sur la santé et l'éducation nutritionnelle [National Health and Nutrition Education Survey III]) doit être utilisé pour calculer le risque de fracture ostéoporotique future avec l'un ou l'autre système [niveau D].
5. Il faut considérer que les personnes ayant un score T pour la colonne lombaire ou la hanche totale $\leq -2,5$ ont au minimum un risque modéré [niveau D].
6. Les fractures multiples confèrent un risque supérieur à une fracture unique. De plus, l'existence d'antécédents de fractures de hanche et de vertèbre confère un plus grand risque que les autres fractures osseuses [niveau B].

QUELLES SONT LES OPTIONS THÉRAPEUTIQUES ?

Activité physique et prévention des chutes

1. Des exercices incorporant un entraînement contre résistance et adaptés à l'âge du sujet ainsi qu'à ses capacités fonctionnelles, et/ou des exercices aérobiques avec mise en charge sont recommandés pour les

personnes qui ont de l'ostéoporose ou qui sont à risque d'en avoir [niveau B].

2. Des exercices destinés à améliorer la stabilité axiale et à compenser ainsi la faiblesse musculaire ou les anomalies posturales sont recommandés pour les personnes qui ont eu des fractures vertébrales [niveau B].

Calcium and vitamin D

1. La dose quotidienne totale de calcium élément absorbée (avec l'alimentation et les suppléments) pour des personnes de plus de 50 ans doit être de 1200 mg [niveau B].
2. Chez les adultes en bonne santé présentant un faible risque de déficit en vitamine D, une supplémentation
3. habituelle quotidienne de 400 à 1000 UI (10–25 µg) de vitamine D3 est recommandée [niveau D].
4. Chez les adultes de plus de 50 ans présentant un risque modéré de déficit en vitamine D, une supplémentation quotidienne de 800 à 1000 UI (20–25 µg) de vitamine D3 est recommandée. Une supplémentation quotidienne de plus de 1000 UI (25 µg) peut être nécessaire pour parvenir au niveau optimal de vitamine D. Des doses quotidiennes allant jusqu'à 2000 UI (50 µg) sont sécuritaires et ne nécessitent pas de surveillance [niveau C].
5. Pour les personnes recevant une pharmacothérapie contre l'ostéoporose, le dosage de la 25-hydroxyvitamine D doit être fait après trois ou quatre mois de supplémentation adéquate et n'a pas besoin d'être répété si un taux optimal (≥ 75 nmol/L) est atteint [niveau D].

TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE

1. Pour les femmes ménopausées qui ont besoin d'un traitement anti-ostéoporotique, l'alendronate, le risédronate, l'acide zolétronique et le dénosumab peuvent être utilisés en traitement de première intention pour la prévention des fractures de la hanche et des fractures vertébrales et non vertébrales [niveau A].
2. Pour les femmes ménopausées qui ont besoin d'un traitement anti-ostéoporotique, le raloxifène peut être utilisé comme traitement de première intention pour la prévention des fractures vertébrales [niveau A].
3. Pour les femmes ménopausées qui ont besoin d'un traitement anti-ostéoporotique

- en association avec le traitement de symptômes vasomoteurs, l'hormonothérapie peut être utilisée en traitement de première intention pour la prévention des fractures de la hanche et des fractures vertébrales et non vertébrales [niveau A].
4. Pour les femmes ménopausées qui ne tolèrent pas les traitements de première intention, la calcitonine ou l'étédronate peuvent être envisagés pour la prévention des fractures vertébrales [niveau B].
 5. Pour les hommes qui ont besoin d'un traitement antiostéoporotique, l'alendronate, le risédronate et l'acide zolédronique peuvent être utilisés comme traitements de première intention pour la prévention des fractures [niveau D].
 6. La testostérone n'est pas recommandée pour le traitement de l'ostéoporose chez les hommes [niveau B].

LES EFFETS SECONDAIRES

1. Pour une prise de décision éclairée, il faut discuter des risques et des avantages potentiels des médicaments prescrits avant l'instauration du traitement [niveau D].

GROUPES PARTICULIERS

1. Pour les patients de plus de 50 ans qui reçoivent un traitement prolongé aux glucocorticoïdes (\geq trois mois de traitement cumulé au cours de l'année précédente à une dose quotidienne équivalente à \geq 7,5 mg de prednisone), un bisphosphonate (alendronate, risédronate, acide zolédronique) doit être amorcé d'emblée et poursuivi pendant au moins toute la durée du traitement aux glucocorticoïdes [niveau A].
2. Pour les patients à risque élevé de fracture qui prennent des glucocorticoïdes (\geq trois mois de traitement cumulé au cours de l'année précédente à une dose quotidienne équivalente à \geq 7,5 mg de prednisone), il faut envisager le téraparati- de [niveau A].
3. Pour les utilisateurs à long terme de glucocorticoïdes qui ne tolèrent pas les

traitements de première intention, on peut envisager la calcitonine ou l'étédronate pour prévenir une perte de densité minérale osseuse [niveau B].

4. Il faut évaluer le risque fracturaire des femmes qui prennent des inhibiteurs de l'aromatase et des hommes qui reçoivent un traitement antiandrogène et envisager pour ces personnes un traitement anti-ostéoporotique afin de prévenir l'apparition de fractures [niveau B].

COMMENT DOIS-JE PRENDRE EN CHARGE LES PATIENTS À RISQUE DE FRACTURE ?

1. L'instauration du traitement pharmacologique antiostéoporotique doit se fonder sur une évaluation du risque absolu de fracture à l'aide d'un outil validé de prédiction des fractures [niveau D].

Risque élevé

1. Il faut proposer le traitement pharmacologique aux patients à risque absolu élevé (probabilité sur 10 ans $>$ 20 % de fracture ostéoporotique majeure) [niveau D].
2. Les personnes de plus de 50 ans qui ont eu une fracture de fragilisation de la hanche ou d'une vertèbre et celles qui ont eu plus d'une fracture de fragilisation courent un risque élevé de fractures subséquentes et il faut leur proposer un traitement pharmacologique [niveau B].

Risque modéré

1. Pour les patients exposés à un risque modéré de fracture, la préférence du patient et les facteurs de risque supplémentaires (Annexe 1, disponible ici : www.cmaj.ca/cgi/content/full/cmaj.100771/DC1) doivent servir à orienter la pharmacothérapie [niveau C].

Risque faible

1. Un traitement pharmacologique n'est habituellement pas nécessaire pour les patients à faible risque de fracture

QUAND DOIS-JE INTERROMPRE LE TRAITEMENT OU UTILISER UN TRAITEMENT COMBINÉ ?

1. Les personnes à risque élevé de fracture doivent poursuivre le traitement de l'ostéoporose sans congé thérapeutique [niveau D].
2. Les cliniciens doivent éviter de prescrire simultanément plus d'un inhibiteur de la résorption osseuse pour la réduction du risque de fracture [niveau D].

TRANSMISSION DES CONNAISSANCES

1. Après une fracture de fragilisation, on doit cibler une initiative éducative au niveau, à la fois, du patient et du médecin de famille [niveau B].
2. La gestion de cas est recommandée comme étant une approche efficace aux soins après la fracture, pour améliorer à la fois le diagnostic et la prise en charge de l'ostéoporose [niveau A].
3. Des outils destinés aux lieux de soins ainsi que d'autres stratégies ciblées sont recommandées pour soutenir la mise en œuvre des lignes directrices sur l'ostéoporose en pratique clinique [niveau B].

Note: Le résumé des critères utilisés pour attribuer des niveaux de preuve aux études incluses, et les niveaux attribués aux recommandations⁴ peut être trouvé ici : <http://www.cmaj.ca/content/suppl/2002/04/08/159.8.DC1/cpg98eng.pdf>.

RÉFÉRENCES

1. Papaioannou A, Morin S, Cheung AM, Atkinson S, Brown JP, Feldman S, et al.; Scientific Advisory Council of Osteoporosis Canada. 2010 clinical practice guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis in Canada: summary. *CMAJ*. 2010;182(17):1864-1873.
2. Papaioannou A, Morin S, Cheung AM, Atkinson S, Brown JP, Feldman S et al.; Scientific Advisory Council of Osteoporosis Canada. 2010 clinical practice guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis in Canada. Appendix 1: Background materials for 2010 clinical practice guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis in Canada. *CMAJ*. 2010;182(17):1864-1873. Available at: http://www.cmaj.ca/content/suppl/2010/10/12/cmaj.100771.DC1/App_1_Jul_14_2011.doc.pdf. Accessed 13/Nov 2014.
3. MacLean C, Newberry S, Maglione M, McMahon M, Ranganath V, Suttrop M, et al. Systematic review: comparative effectiveness of treatments to prevent fractures in men and women with low bone density or osteoporosis. *Ann Intern Med*. 2008;148(3):197-213.
4. Meltzer S, Leiter L, Daneman D, Gerstein HC, Lau D, Ludwig S, et al. 1998 clinical practice guidelines for the management of diabetes in Canada. *CMAJ*. 1998;159 Suppl 8:S1-S29.
5. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G et al.; AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. *CMAJ*. 2010;182(18):E839-E842.