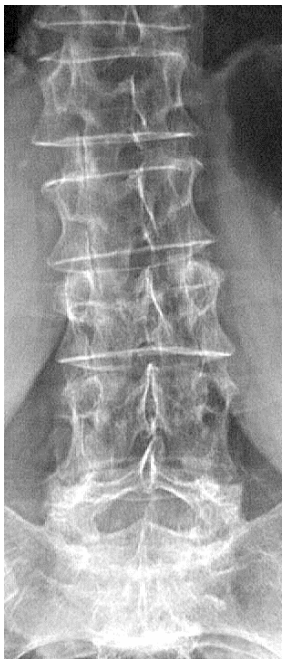
Cas clinique N°2 M Laroche

Mme R., 66 ans, 1,58 m, 46 kg, consulte pour des lombalgies apparues brutalement, il y a 8 jours, alors qu'elle soulevait son chat. Elle souffre de façon importante, assise, debout et lorsqu'elle marche. Au lit, par contre, lorsqu elle est immobile, elle n'a pratiquement plus mal. La douleur reste localisée à la région lombaire basse, sans irradiation aux membres inférieurs. La malade est en bon état général. Le rachis lombaire est enraidi : indice de Schober : 1, cm, distance doigt sol : 30 cm. La percussion de l'épineuse de L3 est douloureuse. L'examen neurologique des membres inférieurs est normal. La palpation des seins, de la thyroïde, des fosses lombaires, des aires ganglionnaires est normale. Elle apporte des radiographies du rachis lombaire face et profil, demandées il y a 2 jours par son médecin traitant.

Cette malade a été ménopausée naturellement à 40 ans. Elle n'a pas eu de traitement hormonal de la ménopause. Elle a présenté, à 58 ans, une fracture du poignet gauche après chute de sa hauteur. Elle a été opérée d'une prothèse de hanche droite l'an passé, pour coxarthrose sur dysplasie. Dans les suites opératoires, elle a eu une phlébite fémorale et une embolie pulmonaire. Elle est traitée par du Préviscan* (Fluindione) et garde d'importants troubles veineux de la jambe. Elle prend par ailleurs du Débridat* (Trimébutine) pour une colopathie spasmodique.

Questions :

1) Quel diagnostic évoquez-vous ? Pourquoi ? Quels sont les signes cliniques qui vous confortent dans la bénignité de l'affection causale ?
2) Quelles sont les données de l'interrogatoire et de l'examen clinique qui expliquent la survenue de cette maladie
3) Décrivez les anomalies radiographiques. Comment se définit un tassement vertébral ?



4) Quels sont les critères radiologiques qui vous permettent de confirmer le caractère bénin de cette vertèbre anormale ?
5) Quel examen complémentaire aurait pu être réalisé lors de la fracture du poignet ? Pourquoi ?
6) Doit-on effectuer des examens biologiques ? Pourquoi ? Rédigez l'ordonnance pour le laboratoire.
7) Quelle attitude thérapeutique proposez vous, à court terme, pour calmer ses douleurs ?
8) Quels traitements, au long cours, pourra-t-on lui proposer? Justifiez vos choix

Réponses au cas clinique N°2:

1) **Tassement vertébral (3). Douleur mécanique survenue après effort de soulèvement modéré (2). Age de survenue des tassements vertébraux (2). Pas d'anomalie neurologique (2), pas de douleur au repos (1), pas d'altération de l'état général (1), pas de signes cliniques en faveur d'un cancer ostéophile (2).**

2) Ces données objectivent des **facteurs de risque d'ostéoporose (1) : faible BMI (4), ménopause précoce (4), antécédents personnels de fracture (poignet) (4).**

3) **Enfoncement des plateaux inférieurs et supérieurs de L3 (4).** Définition radiologique du tassement vertébral ostéoporotique : **diminution de plus de 25 % de hauteur de la partie antérieure ou médiane de la vertèbre (5).**

4) **Intégrité des corticales (4), de l'épineuse (4), des pédicules (4), homogénéité de la trame osseuse (4).**

5) **Ostéodensitométrie (DXA) (4) : la fracture du poignet est souvent la première fracture ostéoporotique (3)** : le diagnostic d'ostéoporose par DXA **aurait permis la prescription d'un traitement préventif (2).**

6) Le bilan biologique a pour but **d'éliminer les ostéoporoses secondaires (3) (myélome (2), métastases (1), hyperthyroidie (2), Hyperparathyroidie (2), ostéomalacie (2), turboréacteurs (1)),** il comprend : **VS (1), électrophorèse des protides sériques (2), calcémie (3), phosphorémie (2), créatininémie (1), calciurie (2), phosphaturie (1), créatininurie des 24 heures (1), TSH (1). Si anomalies du bilan phosphocalciques : 25OH D3, PTH (1). Si hypogammaglobulinémie, recherche de protéinurie de Bence-Jones ou immuno électrophorèse urinaire (1) On peut prescrire le dosage des nouveaux marqueurs biologiques du remodelage osseux (2) (Ostéocalcine (1), Ph alcaline osseuse (1), C télopeptide sériques et urinaires (1), Pyridinolines urinaires (1)) (1 seul doit être dosé, plutôt le C-télopeptide sérique, le plus reproductible (1)).Sa diminution de 20 à 40 % à 3 mois, selon le traitement choisi peut permettre de prédire son efficacité et surtout d'en vérifier l'observance (2).**

7) **`Repos strict au lit (8 à 10 jrs) (3) antalgiques efficaces (2), Calcitonines injectables (4), pas d'HBPM car la patiente est sous AVK (2).**

8) **Le THS n'a pas d'indication dans le cadre d'un tassement vertébral (3),** les **SERM (Raloxifène) sont contre-indiqués par les antécédents thrombo-emboliques (4). Les antécédents thrombo-emboliques**

représentent une mauvaise indication au Ranélate de Strontium (2) **Seuls les Bisphosphonates (3) (Risédronate, Alendronate ou Ibandronate (3)) pourront être prescrits, associés à du calcium (1g/jr) et de la vitamine D2 (600 à 800 U/jr) (1).**

Commentaires :

Le tassement vertébral occasionne des rachialgies mécaniques. L'examen clinique doit s'assurer de l'absence de compression neurologique ce qui signifierait l'existence d'un tassement malin.
L'examen clinique et les examens logiques doivent éliminer une maladie néoplasique métastatique ou une endocrinopathie déminéralisante.
Une diminution de plus de 25 % de hauteur du mur antérieur ou moyen de la vertèbre par rapport au mur postérieur atteste du tassement, la trame osseuse est homogène, les corticales respectées.
La fracture du poignet est la fracture ostéoporotique qui survient le plus tôt.
Le traitement de la phase aîgue est surtout basé sur le repos au lit. Le traitement préventif des fractures ultérieures (Raloxifène, Bisphosphonates, Tériparatide) sera choisi en fonction de l'âge de la malade, du type d'ostéoporose, des affections associées.