

Mr H..., 49 ans, présente depuis 3 mois des dorsalgies. Ses douleurs sont apparues après une chute modérée, au Ski. Devant la persistance des douleurs, des radiographies sont prescrites : celles-ci révèlent un tassement de T10.

L'examen clinique est sensiblement normal en dehors d'une discrète raideur rachidienne.

Ce malade n'a pas d'antécédents familiaux. Sur le plan personnel, il signale 2 crises de coliques néphrétiques, il y a 5 et 2 ans et des poussées d'urticaire lors d'ingestion de certains fruits.

### **Questions**

- 1) Comment allez vous prouver que ce tassement vertébral est lié à une ostéoporose?
- 2) Quelles sont les étiologies de l'ostéoporose masculine ?
- 3) Quels signes cliniques faut-il chercher pour éliminer un hypogonadisme ? Dans ce cadre, quel bilan hormonal devra-t-il être effectué?
- 4) Chez ce patient, vers quelles étiologies vous orientent les données de l'interrogatoire, Comment confirmer ou infirmer ces hypothèses étiologiques ?
- 5) En raison de la persistance des douleurs dorsales, malgré 10 jours de repos et un traitement par Calcitonines, vous discutez une vertébroplastie ou une kyphoplastie : en quoi consistent ces nouvelles techniques ? ont-elles été validées ?
- 6) Quels examens permettent-ils de rattacher les douleurs dorsales à la fracture vertébrale ?
- 7) Si le bilan étiologique est négatif, quel traitement de fond peut-on proposer à ce malade ?

## **Réponses :**

- 1) Ostéodensitométrie : même définition chez l'homme que chez la femme : ostéoporose si T-score < 2.5
- 2) On trouve une cause dans 30 à 50 % des cas : corticothérapie ou hypercorticisme endogène, hypogonadisme, hyperthyroïdie, hyperparathyroïdie, tubulopathies ( hypercalciurie et diabète phosphoré) autres causes + rares ( mastocytoses, affection du collagène, malabsorptions, maladie coeliaque) + mêmes facteurs de risque que chez la femme hors ménopause.
- 3) Perte de la libido, perte de la pilosité, gynécomastie, atrophie des OGE, Testostéronémie dans un premier temps puis dosage gonadotrophines si testo abaissée
- 4) Urticaire : chercher mastocytose, coliques néphrétiques : en faveur d'hyperpara ou d'hypercalciurie ou diabète phosphoré. Bilan phosphocalcique sang et urines, dosage ca ionisé, PTH, exploration tubulaire rénale.
- 5) Injection de résine (méthylmétacrilate opacifié) par abord transpédiculaire sous scanner ou scopie après dilatation par ballonnet (kyphoplastie) ou sans (vertébro ou cimentoplastie) : Etudes ouvertes positives montrant un bon effet antalgique dans 90 % des cas avec peu d'effets secondaires (fuites de ciment). Pas d'étude contrôlée, randomisée, contre trt médical classique disponible pour l'instant
- 6) Hype fixation sur la scintigraphie osseuse ou oedème sur la vertèbre en IRM (hyposignal T1, hypersignal T2)
- 7) Le seul traitement de fond ayant l'AMM chez l'homme est le Fosamax\* ( Alendronate)