

#001

Objectifs du carnet

Osteopathie fragilisante

Fracture, densitometrie et causes secondaires

- 1 Fracture de fragilité = risque élevé, même si la densitométrie n'est pas encore faite.
- 2 Chercher corticothérapie, hypogonadisme, hyperthyroïdie, hyperparathyroïdie et myélome.
- 3 Bilan phosphocalcique, vitamine D, rein, TSH, NFS et électrophorèse selon contexte.
- 4 Traitement antiresorptif ou anabolique selon risque, rein et fractures.

Visuel extrait et recadré depuis les cours vidéo du SSD1.

Captures de cours recadrées depuis SSD1, usage pédagogique.

- Maîtriser le raisonnement devant osteopathie fragilisante et osteoporose en contexte EDN et en garde.
- Pour Osteopathie Fragilisante et Osteoporose, identifier les signes de gravité avant de détailler l'étiologie.
- Pour Osteopathie Fragilisante et Osteoporose, choisir les examens utiles sans multiplier les explorations non contributives.
- Pour Osteopathie Fragilisante et Osteoporose, connaître les traitements initiaux, la surveillance et les critères d'avis spécialisé.

#002

Identifier fragilité osseuse

- Fracture de fragilité après faible traumatisme fait suspecter ostéoporose.
- Densitométrie mesure T-score, mais le risque clinique prime en prévention secondaire.
- Chercher antécédents familiaux, corticothérapie, ménopause précoce, tabac, alcool et maigreur.
- Vertèbres, col fémoral, poignet et humérus proximal sont des localisations classiques.

#003

Causes secondaires

- Hyperparathyroïdie, hyperthyroïdie, hypogonadisme, Cushing, malabsorption et insuffisance rénale.
- Myélome, mastocytose ou métastases si douleurs, anomalies biologiques ou fractures atypiques.
- Bilan: calcium, phosphore, créatinine, PAL, vitamine D, TSH, NFS et électrophorèse selon contexte.
- Évaluer chutes, vision, sarcopénie, traitements sédatifs et environnement.

#004

Traitement

- Calcium alimentaire, vitamine D si déficit, activité en charge et prévention des chutes.
- Bisphosphonates, denosumab ou anaboliques selon risque, rein et fractures.
- Soins dentaires et information sur effets rares avant traitement antiresorptif.
- Surveiller observance, nouvelles fractures, tolérance et indication de réévaluation densitométrique.

#005

Pieges EDN

- Un dosage hormonal isole ne suffit pas si le contexte, l'heure ou le traitement rendent le resultat non interpretable.
- Toujours rechercher grossesse, iatrogenie, insuffisance renale et maladie aigue devant une anomalie endocrine.
- Les urgences endocriniennes se traitent avant confirmation exhaustive si le risque vital est plausible.
- Penser au retentissement: os, coeur, rein, fertilité, nutrition, peau, sommeil et qualite de vie.

#006

Mini-cas a savoir resoudre

- Nommer l'axe hormonal atteint et dire s'il s'agit d'un excès, déficit ou résistance.
- Choisir le premier test biologique utile, puis l'imagerie seulement si elle change la conduite.
- Identifier les signes qui imposent hospitalisation ou avis spécialisé urgent.
- Prevoir surveillance, education du patient et adaptation au terrain.

Sources: Referentiel du Collège des enseignants d'endocrinologie, diabetologie et nutrition; Société Francaise d'Endocrinologie et Société Francophone du Diabète; HAS 2024: stratégie thérapeutique et parcours de soins du diabète de type 2; Supports locaux SSD1/Alex/3- Endocrinologie; Banque d'images recadrées SSD1/Carnets/phase1_collect 