

L'ostéomalacie

I - Introduction

- Étymologie : os mou
- Équivalente au rachitisme chez l'enfant
- Défaut de minéralisation de la trame protéique normale de l'os
- Carence en vit D ± carence calcique

II - Métabolisme de la vit D

Origine : * Alimentaire

* Synthèse au niveau de la peau

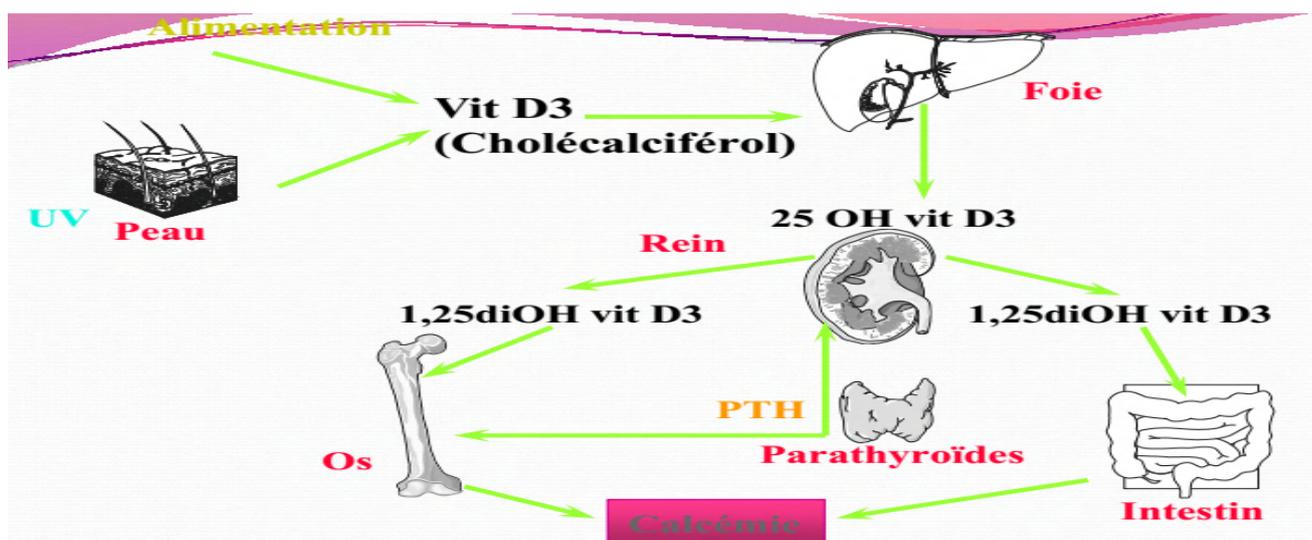
Métabolisme :

* Hépatique : 25 OH vit D3

* Rénal : 1 - 25 (OH)₂ vit D3

Action :

- * Fixation du calcium sur la trame protéique
- * Stimule le remodelage
- * absorption intestinale de Calcium



III - Diagnostic

1- signes cliniques :

- Douleurs osseuses: diffuses, mécaniques, prédominant au rachis et aux ceintures.
- Marche dandinante, myalgies et faiblesse musculaire: pseudomyopathique
- Déformations osseuses : formes évoluées
 - Membres inférieurs: en varum ou valgum
 - Rachis : perte de la taille
 - Thorax en cloche ou violon, sternum en carène
- Fractures

2- Signes biologiques :

- Variables selon l'étiologie
- Ostéomalacie commune par carence en vit D:
 - ▶ Calcémie : normale ou basse

- ▶ Calciurie : basse (précoce et constante)
- ▶ Phosphorémie : basse
- ▶ Phosphatases alcalines : augmentées
- ▶ Métabolites de la vitamine D [25 OH vit D3 et 1, 25 (OH)₂ vit D3] = diminués

3- Signes radiologiques

- Rx standards :

a- Hypertransparence osseuse :

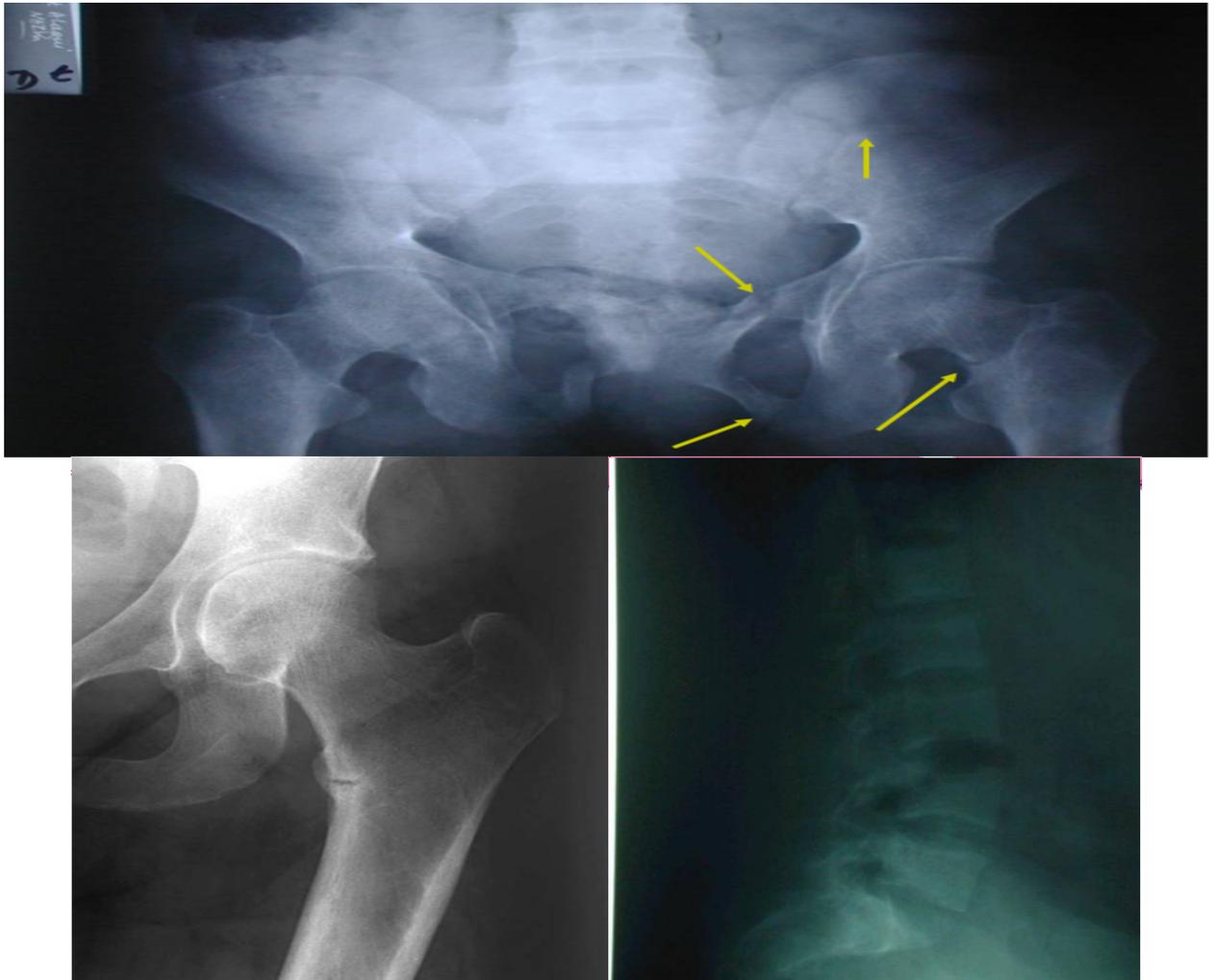
- ↗ Aspect flou
- ↗ Corticales estompées
- ↗ Aspect sale et délavé

b- Fissures : Stries de Looser-Milkman

- ↗ Pathognomoniques
- ↗ Bande radiotransparente perpendiculaire à la corticale
- ↗ Sièges :
 - Bassin (Branche ilio et ischio-pubienne)
 - Col fémoral
 - Omoplates, clavicules, côtes

c- Déformations :

- ↗ Bassin : Cœur de carte à jouer
- ↗ Vertèbres : Tassements biconcaves



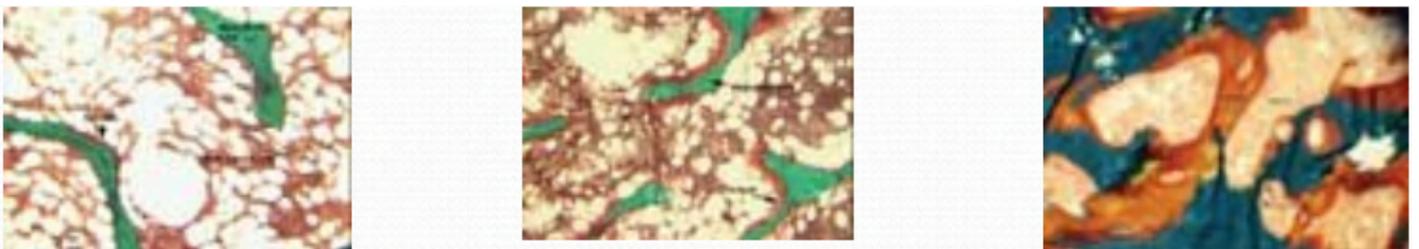
- Scintigraphie osseuse : hyperfixation des fissures
- Ostéodensitométrie : masse osseuse très basse avec T score < - 2,5

4- Signes histologiques :

Biopsie osseuse : Crête iliaque.

Analyse histomorphométrique sur os non décalcifié et après double marquage fluorescent du front de calcification par les tétracyclines.

« Augmentation du tissu ostéoïde avec retard de minéralisation. »



VI - Eléments du diagnostic

1- Positif :

- Clinique ++
- Rx +++
- Biologie +++
- Histologie +

2-Différentiel :

1/Déminéralisation bénigne :

- ◆ Ostéoporose
- ◆ Hyperparathyroïdie

2/ Déminéralisation malignes :

- ◆ Maladie de Kahler
- ◆ Métastases osseuses

3-Etiologique :

a - O.M carentielle commune +++

- Diagnostic d'élimination
- Carence d'apport alimentaire ou d'exposition solaire

b- O.M d'origine digestive

- Défaut d'absorption de la vit. D et calcium
- Maladie coéliquaie +++, insuffisance pancréatique, résection chirurgicale de l'intestin ou gastrectomie, amylose, maladie de Crohn,...

c- O.M. d'origine hépatique :

- Cirrhose
- Insuffisance hépato-cellulaire
- Ictères obstructifs (rarement)

d- O.M. d'origine rénale :

- Insuffisance rénale chronique
- Tubulopathies

e- O.M. iatrogènes :

- Anti-convulsivants (inducteur enzymatique)
- Anti-acides
- Médicaments anti-ostéoporotiques
- fluor
- bisphosphonates 1ère génération : étidronate

f- O.M. d'origines rares

- Hypophosphatasie
- Tumeurs mésoenchymateuses
- Ostéomalacie familiale vitamino-résistante
- Dysplasie fibreuse
- Nutritions parentérales prolongées

V - Traitement

1- Moyens :

- Vitamine D
 - Vit. D2: ergocalciférol (Stérogyl^R) (ampoule : 600 000 U/ gouttes : 400 U)
 - 25 OH Vit D3: calcifédiol (Dédrogyl^R) (gouttes)
 - 1,25 (OH)₂ Vit D3 : calcitriol (Rocaltrol^R)
 - 1 α OH Vit D3 : alfacalcidol (Un alpha^R) (gouttes, comprimés)
- Calcium
- Phosphore

2- Indications:

(Alimentation + exposition solaire)

- OM carentielle : Stérogyl (2 000 - 4 000 UI/j) + Ca⁺⁺(1 - 2 g/j)
- OM par malabsorption : Dédrogyl + Ca⁺⁺

Ttt étiologique : régime sans gluten

- OM par atteinte rénale : Rocaltrol + Ca⁺⁺ ,Unalpha + Ca⁺⁺

CONCLUSION

- Pratiquement toutes les OM répondent favorablement au traitement médical, s'il est bien choisi en fonction de l'étiologie de la maladie, avec des résultats cliniques souvent spectaculaires.
- Malgré sa relative rareté, l'OM doit faire partie des diagnostics à évoquer devant un syndrome douloureux diffus mal étiqueté.
- Son excellente curabilité exige un diagnostic le plus précoce possible.

