

Le 21 février 2017

Madame, Monsieur,

## Objet : Mise en garde dans le traitement de l'ostéoporose et la chirurgie bariatrique

---

Après une chirurgie bariatrique de type malabsorptive, soit la dérivation bilio-pancréatique ou la dérivation gastrique en Y-de-Roux, une diminution de la densité minérale osseuse est possible. Les mécanismes par lesquels la chirurgie bariatrique peut entraîner une diminution de la densité minérale osseuse ne sont pas clairs mais la diminution de l'absorption du calcium et de la vitamine D ainsi que la perte de poids suite à la chirurgie peuvent y contribuer. La prise en charge de cette diminution de la densité minérale osseuse est relativement complexe et avant de conclure à un diagnostic d'ostéoporose, il est nécessaire d'exclure plusieurs autres pathologies pouvant augmenter le risque de fractures chez cette population (hyperparathyroïdie, os adynamique et ostéomalacie par exemple).

La présente lettre a pour objectif d'inciter à la prudence le clinicien qui désirerait instaurer des traitements pharmacologiques de l'ostéoporose chez les patients ayant subi de telles chirurgies. Il importe de prendre en considération les points suivants. Avant d'entreprendre tout traitement à base d'un agent antirésorptif, les bilans de l'axe phosphocalcique et rénal sont nécessaires. Il faut s'assurer que la vitamine D 25(OH), le calcium corrigé pour l'albumine, la parathormone (PTH) et la phosphatase alcaline sont à l'intérieur des limites visées depuis quelques mois. Il faut également s'assurer que la fonction rénale est adéquate, c'est-à-dire que la clairance de la créatinine est d'au moins 35 ml/min. **Avant d'initier tout traitement antirésorptif**, il faut tenter de corriger ces marqueurs.

Dans les cas où un traitement antirésorptif serait indiqué :

- Nous recommandons de **ne pas utiliser les biphosphonates par voie orale**. En effet, compte tenu de leur faible biodisponibilité (inférieure à 1%), ces molécules doivent être prises à jeun et nécessitent de demeurer en position assise ou debout après la prise. Pour les patients ayant subi une chirurgie bariatrique de type malabsorptive, l'absorption de plusieurs médicaments est imprévisible. De plus, le risque d'ulcération anastomotique est également augmenté.
- Le dénosumab (Prolia<sup>md</sup>) et l'acide zolédronique (Aclasta<sup>md</sup>) sont **contre-indiqués en présence d'hypocalcémie** et ne devrait être prescrit que si la calcémie corrigée est supérieure ou égale à 2,15 mmol/l. De plus, ces agents nécessitent un suivi étroit de la calcémie et de l'axe phosphocalcique après l'administration chez cette population. Pour les autres précautions et contre-indications de ces agents, nous vous prions de vous référer à la monographie de ces produits.

Nous sommes disponibles pour toutes questions ou commentaires.

Pharmaciens de chirurgie générale et bariatrique de l'IUCPQ (Michelle Bernard-Genest, Jimmy Côté, Joëlle Flamand-Villeneuve, Isabelle Giroux, Joanie Turcotte)    Accepté par le comité de pharmacologie de l'IUCPQ – 8 février 2017

Révisé par : Les chirurgiens généraux de l'IUCPQ (Dr. Marceau, Dr. Hould, Dr. Lebel, Dr. Biron, Dr. Julien, Dr. Biertho, Dr. Lescelleur), Dr. Claudia Gagnon, endocrinologue et Dr. Daniel Garceau, néphrologue.