

# **L'ostéoporose**

## **Forum grand public**

### **Congrès SOFCOT**

**56 rue Boissonade 75014 Paris**  
**sofcot@sofcot.fr**

## **Résumé**

L'OSTEOPOROSE : Longtemps négligée et perçue à la fois comme un problème strictement féminin et « inéluctable », l'ostéoporose bénéficie aujourd'hui d'une meilleure reconnaissance et d'une prise en charge plus adaptée.

### **1) L'OSTEOPOROSE**

Longtemps négligée et perçue à la fois comme un problème strictement féminin et « inéluctable », l'ostéoporose bénéficie aujourd'hui d'une meilleure reconnaissance et d'une prise en charge plus adaptée. L'ostéoporose désigne une double altération de l'os. A la fois en densité mais aussi en structure (la micro-architecture de l'os se délite). Plus fin, plus léger, l'os devient plus friable.

La dégradation de l'os est phénomène normal. L'os est un élément vivant, qui ne cesse de se construire (avec les ostéoblastes qui fabriquent des cellules osseuses) et de se détruire (avec les ostéoclastes qui jouent le rôle inverse). Jusque vers l'âge de 30 ans environ les deux phénomènes sont en équilibre et la masse osseuse totale demeure stable. Ensuite, la densité osseuse diminue lentement (-3 à -5 % tous les 10 ans), chez l'homme comme chez la femme. Arrive pour la femme le cap de la ménopause : dans les 5 années qui suivent l'arrêt des règles le squelette perd entre 5 et 15% de sa densité. Si bien qu'à 80 ans, les femmes ont perdu environ 40 % de leur masse osseuse (par rapport au « pic » initial) contre 25 % pour les hommes.

- **Quels sont les facteurs de risque connus ?**

L'âge, les antécédents familiaux, l'appartenance à une ethnie caucasienne (peau blanche), la minceur, une ossature fine, une puberté précoce sont des facteurs sur lesquels il est difficile de jouer. Le tabagisme, la consommation d'alcool, la caféine, certaines boissons gazeuses diminuent l'absorption du calcium par l'organisme. Mieux vaut les éviter. L'insuffisance d'apports en calcium et vitamine D, l'absence d'activité, physique concourent également à un mauvaise qualité de l'os. La carence hormonale (castration chimique, ménopause précoce, aménorrhée consécutive à une anorexie, hypogonadisme) entraînent une ostéoporose rapide. Enfin divers traitements (notamment les corticoïdes) et quelques maladies, (hyperthyroïdie,

rhumatismes inflammatoires, diabète, hémochromatoses, certaines affections digestives ou rénales...) sont responsables d'une fragilité osseuse.

- **L'ostéoporose en quelques chiffres**

En France, au moins 130 000 fractures sont dues chaque année à l'ostéoporose : soit 35 000 fractures de poignet (âge moyen 50 ans), 40 à 65 000 tassements vertébraux (âge moyen 67 ans) et 48 000 fractures du col du fémur (âge moyen : 73 ans pour les hommes et 81 ans pour les femmes).

2,4 millions de femmes souffrent d'un tassement vertébral (fracture de la vertèbre) dont 600 000 seulement sont sous traitement.

15 à 20 % des patients ayant eu une fracture du col du fémur décéderont dans les 6 mois. Au terme de 2 ans, 33 % seulement ont retrouvé leur autonomie.

44 % des femmes de plus de 50 ans feront un jour ou l'autre un ou plusieurs fractures ostéoporotiques.

- **Comment la prévenir ?**

L'ostéoporose étant une maladie difficile à traiter le plus efficace est de la prévenir. D'abord en maximisant le « pic de masse osseuse », que l'on observe environ 3 ans après la puberté. Une activité physique raisonnable, une alimentation équilibrée, riche en calcium (laitages, eaux calciques, poissons en conserves, légumes à feuilles, brocolis...) en sont le garant. Les fruits et légumes jouent aussi un rôle en limitant la fuite urinaire du calcium. Il est ensuite nécessaire de maintenir tout au long de sa vie une hygiène de vie adaptée notamment en évitant tous les facteurs qui conduisent au délitement osseux (tabac, alcool, sédentarité...). La marche, la natation, le vélo (de piste ou d'appartement) sont particulièrement adaptés.

- **Comment la dépister ?**

Un indice important : la perte de plus de 3 cm de taille indique une ostéoporose avérée. Mais idéalement mieux vaudrait connaître son risque avant que la pénurie osseuse soit là. Cela passe un examen radiologique, l'ostéodensitométrie (mesure de la densité osseuse par absorptiométrie biphotonique). Cet examen est non remboursé.

- **Quels en sont les symptômes ?**

Outre la perte de taille et la déformation de la silhouette, ce sont les douleurs (notamment pour le rachis) et les fractures qui en sont le signe le plus visible. La fracture du poignet est souvent la première manifestation d'une ostéoporose (voir encadré). Elle doit être un signe d'appel. A noter aussi que les fractures s'accompagnent d'une augmentation du risque de mortalité à 5 ans.

Jusqu'à la remise en cause récente des THS, le traitement hormonal substitutif de la ménopause était le plus couramment prescrit pour lutte contre la perte osseuse. Les nouvelles recommandations de l'AFSSAPS suggèrent de ne pas le prescrire en première intention et de le réserver aux femmes ayant des contre-indications pour les autres traitements.

Les autres traitements : Calcium et vitamine D sont fréquemment proposés.

En prévention secondaire (après une première chute), les SERM, dont le chef de file est le Raloxifène ont montré leur efficacité sur les fractures vertébrales. Ces « modulateurs d'activité des récepteurs des œstrogènes » ne sont hélas pas remboursés en prévention

primaire (avant la fracture). Il en est de même pour les biphosphonates qui ont une double action : blocage des ostéoclastes et renforcement de la construction osseuse. Des études montrent un accroissement de 5 à 10 % de la densité osseuse et une réduction de 40 % des fractures suite à la prise de biphosphonates.

Dans certains cas, des dérivés fluorés peuvent aussi être proposés.

Quelques espoirs : les statines, utilisées dans le domaine cardio-vasculaire semblent renforcer l'os.

Le ranélate de strontium et la teriparatide pourraient faire également partie dans les années avenir de la panoplie habituelle des traitements.

- **Un impératif : éviter les chutes**

Il est par ailleurs indispensable de limiter tout risque de chute. Car la moindre petite chute est susceptible de provoquer une fracture sur un squelette ostéoporotique.

- Evitez les vêtements trop amples ou trop longs sur lesquels vous pourriez marcher ou que vous pourriez accrocher, ce qui occasionnerait une perte d'équilibre.
- Aménagez votre habitat de manière à ce que rien de train par terre (bannissez notamment les tapis !), équipez votre salle de bain d'un sol antidérapant, optez pour un éclairage suffisant.
- Faites dépister régulièrement vos capacités sensorielles à commencer par la vision.
- Installez des rampes dans les pièces à risque (sanitaires) et dans les escaliers.
- Continuez de marcher suffisamment (cela renforce l'os, favorise la musculature mais aussi le sens de l'équilibre)
- Au besoin portez un protecteur de hanche (ils réduisent jusqu'à 70 % le taux de fracture du col du fémur en cas de chute).

## **2) LES PROTHESES DE HANCHE**

La toute première prothèse de hanche, en acrylique, a été mise en place en 1946 par le Dr Judet. Depuis la technique et surtout les matériaux ont beaucoup évolué. L'opération se pratique désormais en routine : chaque année 100 000 prothèses de hanche sont posées en France. Les chirurgiens disposent d'un recul d'environ 40 ans sur ces interventions. Ces prothèses sont soit partielles (seule l'extrémité supérieure du fémur est remplacée) soit totales, ce qui est le cas le plus souvent. Dans cette dernière situation, la prothèse vient en lieu et place de l'ensemble de l'articulation (la tête du fémur et le cotyle dans lequel elle vient s'insérer).

- **Pourquoi et quand propose-t-on une prothèse de hanche**

Parce qu'on ne sait pas réparer une articulation abîmée. On ne peut donc que la « changer ». Le principal critère qui va conduire à l'intervention est la douleur. Quand celle-ci obère l'existence du patient, qu'elle limite sa mobilité voire l'enfonce dans la dépendance, la prothèse de hanche est souvent la meilleure solution. Quant au choix du moment, il revient à l'appréciation du patient et du médecin. En dehors de quelques cas d'arthrite juvénile ou d'accidents, la prothèse de hanche concerne avant tout la tranche des 65-75 ans. L'objectif étant de n'opérer ni trop tôt, ni trop tard. Compte tenu de la durée de vie d'une prothèse (de 15 à 25 ans), une intervention trop précoce expose le patient à un risque d'usure et donc à une nouvelle intervention, plus délicate et plus risquée, lorsqu'il sera octogénaire. Inversement une prothèse posée trop tardivement lorsque la santé générale du patient, la qualité de ses os, de ses muscles et de ses ligaments sont altérées expose à plus de complications et à une moindre réussite de l'intervention.

- **Quel type de prothèse choisir ?**

Pour une simple articulation comme la hanche il n'existe pas moins de 400 modèles qui diffèrent par leur taille, leur forme et les matériaux utilisés. Les céramiques présentent l'avantage d'être quasi inusables en revanche, elles peuvent casser. Les alliages métalliques s'usent peu et ne casse pas, mais ils laissent passer dans la circulation sanguine des ions cobalt et chrome. Enfin les polymères (plastiques) souvent utilisés pour les cupules des prothèses de hanche, s'usent au fil du temps : les débris, qui au départ sont bien éliminés par l'organisme vont peu à peu s'accumuler ; ils risquent alors de provoquer des réactions inflammatoires et à terme une ostéolyse (destruction osseuse) et un descellement de la prothèse. Il n'existe donc pas de prothèse « idéale ». Le chirurgien choisira en fonction du type d'intervention, du mode de vie du patient...

- **Comment se déroule l'intervention et combien coûte-t-elle ?**

Pour une prothèse de hanche totale, il faut compter environ quatre heures. L'opération se réalise sous anesthésie générale ou loco-régionale (péridurale). La prothèse revient à 1500 à 3000 euros (sauf si elle est faite « sur mesure », dans ce cas elle est beaucoup plus dispendieuse). Si l'on se fait opérer dans le secteur privé, il faut ajouter à ce tarif, les honoraires de l'anesthésiste, les dépassements d'honoraires du praticien...

- **Quels sont les risques ?**

Aujourd'hui les risques sont faibles. Il y a d'abord ceux liés à l'anesthésie. Ils dépendent beaucoup de l'état de santé générale du patient. A cela s'ajoutent des risques spécifiques :

- Un hématome (épanchement sanguin) autour ou dans l'articulation. La mise en place de drains et de bandages compressifs permet de résoudre le problème.

- Une infection. Le risque est très faible (moins de 1 %) mais l'infection est potentiellement grave. Elle peut conduire à une nouvelle intervention (pour nettoyer la prothèse ou pour la changer).

- Une luxation (déboîtement de l'articulation, la tête du fémur sortant du cotyle). C'est le plus fréquent (4 % des opérés). Cela arrive suite à un mauvais positionnement, un effort inadapté, dans les mois qui suivent l'opération. Une luxation conduit souvent à une réintervention ; d'où l'intérêt de suivre scrupuleusement les conseils du chirurgien tant que la prothèse n'est pas définitivement ostéointégrée.

- Les autres risques sont aujourd'hui exceptionnels (embolie pulmonaire, phlébite, nécrose de la zone opérée, paralysie nerveuse...)

Tous incidents cumulés, on estime que le risque de décès lors de la pose d'une prothèse de hanche est de l'ordre de 0,5 %.

- **Quelles précautions prendre pour que l'opération réussisse ?**

D'abord être prudent pendant les premiers mois. Tant que la musculature ne s'est pas consolidée autour de la prothèse, le risque de déboîtement est élevé. Il faut éviter à tout prix de pivoter sur la jambe opérée, que ce soit debout (pour se tourner) ou lorsqu'on souhaite se lever d'un lit ou d'un fauteuil. Les efforts doivent toujours porter sur la jambe saine.

L'utilisation d'un réhausseur sur les fauteuils et le siège des toilettes diminue l'effort réalisé pour se remettre debout. IL convient aussi d'éviter les talons hauts et les chaussures instables.

Enfin ne pas « oublier » que l'on a une prothèse. La mobilité retrouvée, la disparition souvent totale des douleurs qui altéraient l'existence font que l'on a parfois tendance à commettre des imprudences :

- Limitez les activités qui sollicitent trop l'articulation, notamment ce que l'on nomme les sports d'impact (course, squash, jogging, football, équitation, base-ball...) et plus encore le parachutisme et le parapente,
- Ne portez pas de charges trop lourdes et évitez de prendre du poids
- Soyez vigilant car la moindre infection (plaie, abcès dentaire...) qui peut dégénérer et venir contaminer la prothèse. De manière générale, indiquez toujours à votre médecin ou au spécialiste qui vous suit que vous êtes porteur d'une prothèse.
- Evitez de croiser les jambes et limitez tout mouvement impliquant une tension ou une torsion au niveau de la hanche opérée.
- Ne procédez pas à une infiltration à proximité de la prothèse (cela augmente le risque infectieux).
- Faites-vous suivre régulièrement : une radiographie deux ans après l'intervention, une autre trois ans plus tard, une autre 3 ans après. Ensuite, un cliché tous les deux pour déceler une usure ou un descellement est indispensable.