

L'ostéoporose

2011 rev.

Qu'est-ce que l'ostéoporose?

L'ostéoporose se manifeste lorsque l'intérieur des os devient poreux et fragile en raison d'une perte de calcium appelée perte de masse osseuse (voir l'image ci-dessous). Avec le temps, les os deviennent plus faibles et plus vulnérables aux fractures.

Les femmes sont plus sujettes à l'ostéoporose que les hommes pour plusieurs raisons : leur masse osseuse est inférieure à celle des hommes, elles vivent généralement plus longtemps, elles absorbent moins de calcium et enfin, elles ont besoin d'œstrogène pour conserver une ossature solide. Les hommes âgés sont aussi à risque de souffrir d'ostéoporose plus tard dans la vie.

La masse osseuse totale est à son maximum vers l'âge de 35 ans, pour ensuite diminuer chez tous les adultes. Chez les femmes, la perte osseuse s'accélère après la ménopause alors que les niveaux d'œstrogène diminuent. Comme les ovaires sont les organes qui produisent l'œstrogène, la perte osseuse peut s'accroître si les deux ovaires ont été enlevés par chirurgie.

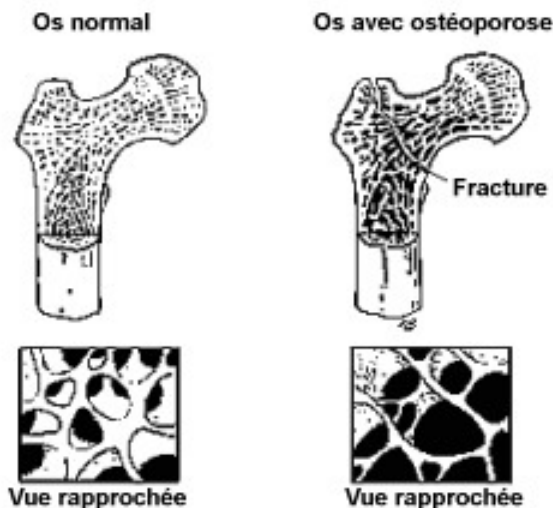
Quels sont les facteurs de risque qui jouent un rôle dans l'apparition de l'ostéoporose?

Les facteurs suivants font augmenter les risques d'ostéoporose. Plus vous présentez de facteurs, plus vos risques augmentent. Consultez votre médecin de famille si vous pensez être à risque de souffrir d'ostéoporose.

- Ménopause précoce (avant 45 ans)
- Ostéoporose dans la famille
- Chirurgie pour enlever les ovaires avant la ménopause normale
- Teint clair (race blanche ou asiatique)
- Régime alimentaire pauvre en calcium
- Vie sédentaire (manque d'exercice)
- Tabagisme
- Consommation excessive d'alcool (plus de trois verres par jour)
- Consommation excessive de caféine
- Troubles de l'alimentation comme l'anorexie nerveuse
- Minceur et petite ossature
- Hyperthyroïdie causée par l'hyperactivité de la glande thyroïde ou par une surconsommation de médicaments pour traiter l'hypothyroïdie
- Utilisation prolongée de corticostéroïdes, médicaments prescrits pour traiter l'inflammation, la douleur et les maladies chroniques comme l'asthme et l'arthrite rhumatoïde

Quels sont les signes de l'ostéoporose?

Dans bien des cas, l'ostéoporose ne devient apparente que lorsqu'elle présente des signes graves, par exemple des fractures fréquentes du poignet ou de la hanche, des douleurs au bas du dos ou un dos courbé. Au fil des années, l'ostéoporose peut faire diminuer votre taille en entraînant un affaissement des vertèbres (les os



de la colonne vertébrale). Ces fractures qu'on appelle fractures par compression peuvent causer des maux de dos intenses. Ces problèmes tendent à apparaître lorsque le calcium des os a déjà fortement diminué.

Comment diagnostique-t-on l'ostéoporose?

Si votre médecin soupçonne que vous souffrez d'ostéoporose, il pourra vérifier votre densité minérale osseuse (DMO). L'absorptiométrie à rayons X en double énergie (DEXA) est un test courant pour mesurer la densité minérale osseuse. Il permet de mesurer la DMO des hanches et de la colonne, les os les plus susceptibles d'être touchés par l'ostéoporose.

Quels sont les traitements contre l'ostéoporose?

Améliorer son régime alimentaire est le premier pas dans le traitement de l'ostéoporose. Il vous faudra augmenter votre apport en calcium. Votre médecin vous suggérera des moyens de consommer davantage d'aliments et de boissons contenant du calcium, et même de prendre un supplément de calcium au besoin. Il pourrait vous proposer de prendre des suppléments de vitamine D pour aider votre organisme à absorber et à emmagasiner le calcium.

Votre docteur vous encouragera à augmenter votre niveau d'activité physique, particulièrement les exercices avec port de poids. Ces exercices contribuent à augmenter la densité osseuse. La marche, le jogging et les montées d'escaliers en sont de bons exemples.

Il existe aussi certains médicaments pour traiter l'ostéoporose :

Les bisphosphonates. Ces médicaments aident à réduire le risque de fractures et à augmenter la densité osseuse des hanches et de la colonne. Ils peuvent être pris par voie orale (sous forme de comprimé) ou administrés par intraveineuse (sous forme d'injection). Parmi les effets secondaires possibles, notons la nausée, les douleurs abdominales et l'irritation de l'œsophage (le tube qui relie la bouche à l'estomac). Les bisphosphonates sont contre-indiqués pour certaines personnes, notamment celles qui souffrent d'une maladie des reins et les femmes enceintes ou qui allaitent. L'alendronate (Fosamax), le risédronate (Actonel) et l'ibandronate (Boniva) sont des bisphosphonates.

L'ibandronate est disponible sous forme de comprimé ou d'injection. Si vous prenez le comprimé, vous avez deux choix : un comprimé une fois par jour ou

une fois par mois (le comprimé à prendre une fois par mois contient une dose plus forte d'ibandronate que le comprimé quotidien). Si l'ibandronate vous est administré sous forme d'injection, un médecin ou une infirmière vous fera une injection tous les trois mois. Certains des effets secondaires qui pourraient se manifester incluent les douleurs au bas du dos ou au côté, l'essoufflement, le serrement à la poitrine et l'urine trouble ou contenant du sang.

La calcitonine. Il s'agit d'une hormone qui aide à ralentir la perte osseuse. Elle est disponible sous forme d'injection ou de vaporisateur nasal. Les effets secondaires les plus courants sont l'irritation de la muqueuse du nez et les maux de tête (avec le vaporisateur nasal) et la diarrhée, les douleurs abdominales, la nausée et les vomissements (avec les injections).

Le raloxifène. Ce médicament sert à la prévention et au traitement de l'ostéoporose chez les femmes car il a pour effet d'augmenter la densité osseuse. Le raloxifène n'est pas une hormone mais il imite certains des effets de l'œstrogène. Les effets secondaires les plus courants sont les bouffées de chaleur et le risque accru de caillots.

Le tériparatide. Ce médicament est une forme synthétique de l'hormone parathyroïde et il contribue à la formation osseuse. Il est administré sous forme d'injection une fois par jour dans la cuisse ou l'abdomen, tant chez les hommes que chez les femmes, pour le traitement de l'ostéoporose. La nausée, les douleurs abdominales, les maux de tête, la faiblesse musculaire, la fatigue et la perte d'appétit sont des effets secondaires courants.

Quel doit être mon apport quotidien en calcium?

Avant la ménopause, les femmes ont besoin d'environ 1 000 mg de calcium par jour. Après la ménopause, cet apport doit être d'au moins 1 200 mg de calcium par jour. Vous devriez prendre de 800 à 1 000 unités internationales (UI) de vitamine D par jour (il est sécuritaire de prendre jusqu'à 2 000 UI par jour) pour aider votre organisme à absorber le calcium.

En règle générale, il vaut mieux essayer de prendre le calcium requis dans les aliments. Les produits laitiers écrémés ou à faible teneur en gras sont de bonnes sources de calcium, tout comme les haricots secs, le saumon rose, les épinards et le brocoli.

Les aliments suivants contiennent environ 300 mg de calcium : 1 tasse de yogourt sans gras ou à faible teneur en gras, 1 1/2 tasse de haricots blancs, 5 onces de saumon, 1/2 tasse d'épinard ou 2 tasses de brocoli.

Si vous ne mangez pas suffisamment d'aliments riches en calcium, votre médecin vous suggérera de prendre un supplément de calcium avec de la vitamine D. Prenez un comprimé au moment des repas ou avec une gorgée de lait, ou suivez les recommandations de votre médecin ou pharmacien.

Conseils pour garder des os solides

- Faites de l'exercice.
- Adoptez un régime équilibré offrant un apport d'au moins 1 200 mg de calcium par jour.
- Cessez de fumer. Le tabagisme aggrave l'ostéoporose.
- Parlez à votre médecin de l'hormonothérapie ou de tout autre médicament pour la prévention ou le traitement de l'ostéoporose.

Références :

1. Sweet MG, Sweet JM, Jeremiah MP, Galazka SS. Diagnosis and treatment of osteoporosis. *Am Fam Physician*. 1^{er} fév. 2009; 79(3):193-200. Étude.
2. Papaioannou A, Morin S, Cheung AM, Atkinson S, Brown JP, Feldman S, et al; Conseil consultatif scientifique d'Ostéoporose Canada. Lignes directrices de pratique clinique 2010 pour le diagnostic et le traitement de l'ostéoporose au Canada : sommaire. *CMAJ*. 23 nov. 2010; 182(17):1864-73. Epub 12 oct. 2010.
3. Muncie HL Jr, LeBlanc LL. Monitoring osteoporosis treatment: DXA should not be routinely repeated. *Am Fam Physician*. 1^{er} oct. 2010; 82(7):749-54.
4. Lewiecki EM. Bone density testing to monitor osteoporosis therapy in clinical practice. *Am Fam Physician*. 1^{er} oct. 2010; 82(7):749-54.
5. Rahmani P, Morin S. Prevention of osteoporosis-related fractures among postmenopausal women and older men. *CMAJ*. 24 nov. 2009; 181(11):815-20. Epub 19 oct. 2009. Étude.



THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA



LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA

Le Collège des médecins de famille du Canada, l'un des plus importants groupes médicaux au pays, est déterminé à maintenir et à promouvoir des normes élevées pour les médecins de famille – ces médecins qui dispensent des soins continus, complets et globaux à toute la population, quel que soit l'âge. Pour de plus amples renseignements, visitez le site web du CMFC <http://www.cfpc.ca>.

Ces renseignements éducatifs ont été élaborés et adaptés par le Collège des médecins de famille du Canada à partir de documents créés par l'American Academy of Family Physicians, avec sa permission. Les renseignements sont revus et mis à jour régulièrement par des médecins de famille membres du Comité sur l'éducation des patients du CMFC, qui s'appuient sur la littérature médicale fondée sur les données probantes. Des pages peuvent être reproduites à des fins éducatives, à but non lucratif seulement. Ce programme bénéficie d'une subvention à visée éducative de la Banque Scotia à la Fondation pour la recherche et l'éducation.

