

Pleins feux sur l'ostéoporose

L'ostéoporose est caractérisée par la faiblesse et la détérioration de la masse osseuse. Les os deviennent minces et fragiles, ce qui augmente les risques de fracture. On l'appelle la « voleuse silencieuse » parce que la perte osseuse se produit sans aucun symptôme. En fait, on ne commence à soupçonner l'ostéoporose que lorsque la personne subit une fracture du poignet, de la colonne, d'une côte ou de la hanche et parfois, on ne l'identifie même pas dans le cas de fracture de fragilité.

Deux millions de Canadiens souffrent d'ostéoporose. Une femme sur quatre, incluant le tiers des femmes âgées entre 60 et 70 ans et les deux tiers des femmes âgées de 80 ans et plus recevront un diagnostic d'ostéoporose.

Pour un certain nombre de raisons, les hommes sont moins touchés que les femmes. Les hommes ont un pic de la masse osseuse plus important et ne connaissent pas la même courbe d'accélération de perte osseuse que les femmes expérimentent, à la ménopause. De même, les hommes ont une espérance de vie moins longue que les femmes et sont moins susceptibles d'être victimes de chute que les femmes âgées. Bien que l'ostéoporose soit considérée comme une « maladie de femme », un homme sur huit âgé de plus de 50 ans en sera atteint.

Ce numéro du mensuel JointHealthTM est disponible en format papier ou en ligne, dans les versions anglaise et française.



Arthritis Consumer ExpertsTM

1228 Hamilton Street, Bureau 200 B
Vancouver, C.-B. V6B 6L2
t: 604.974.1366 f: 604.974.1377
tf: 1.866.974.1366

e: feedback@jointhealth.org
www.jointhealth.org

ACE ne fait jamais la promotion de marques, de produits ou de programmes dans sa documentation ou son site Web ni au cours de ses programmes ou activités de formation.

Diagnostic

L'établissement du diagnostic peut impliquer plusieurs étapes :

Radiographies

Si vous souffrez de douleurs au dos, le médecin peut utiliser la radiographie pour déterminer si vous avez déjà une fracture. Elle peut aussi être utile si on constate chez la personne une diminution de taille ou une modification de la posture habituelle. Toutefois, la radiographie ne peut détecter l'ostéoporose au stade précoce, mais uniquement après une perte osseuse d'au moins 30 %.

Analyses de laboratoire

Le médecin a accès à une variété d'analyses de laboratoire pour le sang ou l'urine qui peuvent déterminer les facteurs pouvant contribuer à la perte osseuse. Les analyses de sang les plus fréquentes sont :

- taux de calcium sanguin
- numération globulaire
- fonction rénale
- fonction thyroïdienne
- concentration en testostérone (chez les hommes)

À l'occasion, certaines autres analyses peuvent être requises :

- collecte d'urine (24 h) pour mesurer la façon dont l'organisme métabolise le calcium

- concentration de vitamine D dans le sang
- concentration de parathormones
- oestrogènes dans le sang
- test FSH (hormone folliculostimulante) pour déterminer le statut ménopausique
- concentration d'ostéocalcines (protéines présentes dans les os) pour mesurer la formation osseuse
- tests mesurant la vitesse de perte ou de diminution osseuse

Évaluation de la teneur minérale de l'os

Un test d'évaluation de la teneur minérale de l'os (test BMD) est la meilleure façon de déterminer la santé osseuse. Les tests BMD peuvent permettre d'identifier l'ostéoporose et déterminer votre niveau de risque de fracture (os brisés).

Le test de ce type le plus largement reconnu est le test DEXA ou l'absorptiométrie à rayons X en double énergie. Ce test peut mesurer la densité osseuse de votre hanche, votre colonne, votre poignet et autres zones de votre corps. C'est un test sans douleur, assez similaire à une radiographie, mais qui expose la personne à beaucoup moins de radiations.

Les tests BMD donnent un résultat que l'on appelle le coefficient T ou T-score. Cette valeur est obtenue en comparant votre densité osseuse à la densité moyenne normale chez une personne jeune. Un coefficient T négatif,

comme -1, -2 ou -2,5, indique une faible perte osseuse. Un coefficient plus élevé indique une perte plus importante et un risque accru de fracture.

L'accès aux tests BMD permet aux patients d'obtenir un diagnostic précoce, de mieux gérer leur maladie et de réduire leur risque de fracture en faisant les changements qui s'imposent à leur mode de vie et à leur plan de traitement. De plus, les tests BMD servent d'évaluation de base fiable permettant aux médecins et à leurs patients d'effectuer une surveillance plus efficace de la maladie et de son traitement. La recherche a démontré que les patients ayant accès aux tests BMD sont neuf fois plus susceptibles de recevoir un traitement que ceux ne disposant pas de cet accès. Par exemple, sans test BMD, 80 % des patients avec un antécédent de fractures ne reçoivent aucun médicament contre l'ostéoporose.

Élément critique dans l'établissement du diagnostic de l'ostéoporose, l'accès à un test BMD n'est pas uniforme, au Canada. Dans son Bulletin 2008, Ostéoporose Canada a souligné que l'accès aux tests de type BMD diffère largement au Canada, selon la province, la plupart ayant reçu la note C et même pire. Un accès déficient aux tests de type BMD peut causer des délais dans le traitement et augmenter le risque de fracture.

Traiter l'ostéoporose

L'objectif du traitement étant de diminuer le risque de fracture, il s'articule autour de deux approches : pharmacologique et non pharmacologique.

L'approche pharmacologique :

Il existe deux types de médicaments contre l'ostéoporose :

1. Inhibiteur de la résorption osseuse

– ce type de médicament interfère avec le processus d'érosion osseuse :

- Oestrogènes
- Bisphosphonates
- Oestrogènes de confection ou oestrogènes SERM
- Calcitonine

2. Anabolisant – il s'agit d'un recalifiant ou médicament favorisant la formation osseuse, dont le seul actuellement disponible est le

- Recombinant de la parathormone 1-34 (Teriparatide)

Au Canada, il existe un écart significatif dans l'accès aux médicaments contre l'ostéoporose remboursables en vertu du régime public. Par

exemple, le Québec a inclus la plupart des médicaments à sa liste alors qu'en Colombie-Britannique, en Alberta et en Saskatchewan, plusieurs médicaments sont remboursés en vertu d'une autorisation spéciale seulement, les patients devant respecter certains critères définis par le régime public. À l'Île-du-Prince-Édouard, seuls les bisphosphonates sont remboursés par le régime public et encore, en vertu d'une autorisation spéciale.

L'approche non pharmacologique :

- Mode de vie :
 - Cesser de fumer
 - Maintenir un poids santé
 - Régime alimentaire équilibré
 - Réduction de la consommation d'alcool et de caféine
- Activité physique :
Demeurer actif physiquement est autant un traitement qu'un aspect important de la réduction du risque de développer de la maladie. L'exercice renforce les os et la masse osseuse, augmente la force

et contribue à améliorer l'équilibre et la coordination. L'exercice contribue également au maintien d'un poids santé.

- Exercices de port de poids comme le patin, la marche et l'aérobic
- Exercices contre résistance comme les extenseurs et les mini-haltères
- Exercices d'équilibre et de coordination comme le tai-chi et le yoga
- Régime alimentaire/suppléments :
 - Prise d'une quantité adéquate de calcium et de vitamine D
 - Le calcium est le minéral primaire de l'os et la capacité de l'organisme à l'absorber et à l'utiliser dépend de la vitamine D
 - En dépit de l'importance de la vitamine D dans ce processus, la recherche indique une prévalence élevée de carence en vitamine D chez les femmes traitées pour ostéoporose. Une étude a démontré que la moitié des femmes nord-américaines recevant une thérapie de la prévention ou un traitement contre l'ostéoporose souffre d'une inadéquation en vitamine D.

Les facteurs de risque de l'ostéoporose

Plusieurs facteurs de risque jouent un rôle dans le développement de l'ostéoporose. Tous sont importants bien que certains d'entre eux, comme l'âge et les antécédents familiaux, soient considérés comme déterminants.

- **Âge** – le risque d'ostéoporose est plus élevé chez les personnes de 65 et plus.
- **Femme** – les femmes ont une masse osseuse plus faible et la perte osseuse est accélérée lors de la ménopause.
- **Ethnie** – les personnes de race blanche ou les descendants d'Asiatiques du Sud-Est sont plus à risque.
- **Antécédents familiaux** – fragilité aux fractures, particulièrement si votre mère a souffert d'une fracture de la hanche.
- **Ossature** – les personnes minces à petite ossature sont plus susceptibles de souffrir d'ostéoporose.
- **Traitement aux glucocorticoïdes** – un traitement continu de plus de cinq mois aux glucocorticoïdes, comme la prednisone, peut augmenter le risque de développer de l'ostéoporose.
- **Médicaments** – les inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine, l'usage à long terme d'anticoagulants comme l'héparine, certains médicaments anti-convulsivants, de diurétiques et d'anti-acides contenant de l'aluminium peuvent également entraîner une perte osseuse.
- **Polyarthrite rhumatoïde (PR)** – parce qu'elles sont susceptibles d'utiliser des médicaments comme la méthotrexate ou des glucocorticoïdes, les personnes atteintes de PR ont un plus grand risque de souffrir d'ostéoporose.
- **Problèmes médicaux ou procédures contribuant à diminuer l'absorption du calcium** – comme la maladie coeliaque, la maladie de Crohn.
- **Exposition aux oestrogènes toute la vie active** – le risque est plus élevé chez les femmes ayant des périodes menstruelles irrégulières ou ayant atteint la ménopause avant 45 ans.
- **Ostéopénie** – basse teneur minérale de l'os visible à la radiographie.
- **Hypogonadisme** – faible taux de testostérone chez l'homme ou menstruations irrégulières chez la femme.
- **Hormone thyroïdienne** – un excès d'hormones thyroïdiennes peut entraîner une perte osseuse. La cause de cet excès peut être une suractivité de la glande thyroïde (hyperthyroïdie) ou une trop grande quantité de médicaments à base d'hormones thyroïdiennes dans le traitement de l'insuffisance de la glande thyroïde (hypothyroïdie).
- **Cancer du sein** – les femmes post-ménopausiques qui ont souffert d'un cancer du sein ont plus de risque d'être atteintes d'ostéoporose, particulièrement si elles ont reçu un traitement de chimiothérapie ou aux inhibiteurs de l'aromatase comme l'anastrozole et le létrozole, qui bloquent la formation d'oestrogènes. Les femmes traitées au tamoxifène sont moins à risque, ce médicament pouvant réduire le risque de fracture.
- **Faible apport calcique** – un faible apport calcique contribue à une faible densité osseuse, à une perte osseuse précoce et augmente le risque de fracture.
- **Vie sédentaire** – faire de l'exercice tout au long de sa vie est important. Les enfants actifs dont le régime alimentaire contient des aliments riches en calcium développent une densité osseuse plus importante. Bien que l'on puisse augmenter la densité osseuse à tous âges, prendre l'habitude d'avoir une vie active pendant l'enfance contribue à une bonne santé des os à l'âge adulte.
- **Excès de boissons gazeuses** – bien que le lien entre les boissons gazeuses qui contiennent de la caféine et l'ostéoporose n'a pas encore été totalement identifié, il est généralement admis que la caféine peut interférer avec la capacité d'absorption du calcium par l'organisme, entraînant une perte osseuse et une faible teneur minérale de l'os.
- **Alcoolisme** – une consommation excessive d'alcool réduit la formation osseuse et interfère avec la capacité d'absorption du calcium par l'organisme. L'alcoolisme vient en tête de liste des facteurs de risque chez les hommes.
- **Dépression** – les personnes souffrant de dépression grave ont une perte osseuse plus importante.
- **Tabac** – fumer augmente le risque de souffrir d'ostéoporose. Plus les facteurs de risque sont nombreux, plus le risque est élevé d'être atteint d'ostéoporose.

Ostéoporose et arthrite inflammatoire : l'ostéoporose induite par glucocorticoïdes

Chez plusieurs personnes atteintes d'une forme d'arthrite inflammatoire, la prise de glucocorticoïdes, comme la prednisone, peut réduire l'inflammation. Ces médicaments apportent d'immenses avantages, mais comportent également certains risques, dont un risque élevé de fracture.

Qu'en dit la recherche ?

- Le risque de fracture est associé à un dosage plus élevé, mais la recherche a également démontré que même des doses de prednisolone inférieures à 7,5 mg peuvent augmenter le risque de fracture.
- Il est important de savoir que même si le risque augmente rapidement dès le début du traitement à la prednisone, il diminue rapidement dès l'arrêt du traitement.
- La perte de densité osseuse (BMD) associée à la prise orale de glucocorticoïdes est plus élevée dans les premiers mois de traitement. La recherche suggère même une perte osseuse allant jusqu'à 30 % dans les premiers six mois du traitement.
- À densité osseuse identique, le risque de fracture est plus élevé dans le cas d'ostéoporose induite par glucocorticoïdes que dans l'ostéoporose post-ménopausique.
- La recherche a démontré que le risque de fracture a été doublé chez un groupe de patients atteints de polyarthrite rhumatoïde et traités aux glucocorticoïdes.
- Parce que la perte osseuse peut débuter tôt dans la vie, il est essentiel d'aborder les différentes stratégies de prévention avec votre médecin, comme l'usage de bisphosphonates, l'exercice, la vitamine D, l'abandon du tabagisme et la réduction de la caféine.

Arthritis Consumer Experts (ACE)

Qui nous sommes

Arthritis Consumer Experts (ACE) offre aux Canadiens et Canadiennes atteints d'arthrite une formation fondée sur la recherche, une formation en sensibilisation à l'arthrite, un lobby influent et de l'information. Nous aidons les personnes vivant avec n'importe quelle forme d'arthrite à prendre en charge leur maladie et à prendre part au processus décisionnel concernant la recherche et les soins de santé. Les activités d'ACE sont orientées par les membres et dirigées par des personnes atteintes d'arthrite, d'éminents professionnels de la santé et le Conseil consultatif d'ACE. Pour en savoir plus sur ACE, rendez-vous à www.jointhealth.org

Principes directeurs et reconnaissance de financement

Les soins de santé constituent un droit de la personne. Ceux qui oeuvrent dans le domaine des soins de santé, surtout s'ils peuvent tirer profit de la maladie d'autrui, ont la responsabilité morale d'examiner les actes qu'ils posent et leurs conséquences à long terme et de s'assurer que tous en bénéficient. Ce principe équitable devrait être adopté par le gouvernement, les citoyens et les organismes à but lucratif et à but non lucratif. Il est une quasi-nécessité et le meilleur moyen de

contrebalancer l'influence d'un groupe particulier. ACE réinvestit tout profit provenant de ses activités dans ses programmes de base pour les Canadiens et Canadiennes vivant avec l'arthrite.

Pour séparer totalement son programme, ses activités et ses opinions de celles des organisations qui soutiennent financièrement son travail, ACE respecte les principes directeurs suivants :

- ACE demande uniquement des subventions sans restrictions à des organismes privés et publics pour soutenir ses programmes de base.
- Aucun employé d'ACE ne reçoit des titres participatifs d'une organisation oeuvrant dans le domaine de la santé ni ne profite d'un appui non financier fourni par une telle organisation.
- ACE divulgue toutes les sources de financement de toutes ses activités.
- Les sources de tout le matériel et de tous les documents présentés par ACE sont fournies.
- Libre de toute préoccupation ou contrainte imposée par d'autres organisations, ACE prend position sur les politiques de santé, les produits et les services en collaboration avec les consommateurs atteints d'arthrite, le milieu universitaire, les fournisseurs de soins de santé et le gouvernement.
- Les employés d'ACE ne participent jamais à des activités sociales personnelles avec des organisations qui appuient ACE.
- ACE ne fait jamais la promotion de marques, de produits ou de programmes dans sa documentation ou son site Web ni au cours de ses programmes ou activités de formation.

Remerciement

ACE remercie l'Arthritis Research Centre of Canada (ARC) d'avoir effectué la révision scientifique de *JointHealth*^{MD}.



Reconnaissance de financement

Dans les 12 derniers mois, le comité ACE a reçu des subventions sans restrictions de la part de : Laboratoires Abbott Ltée, Amgen Canada / Wyeth Pharmaceutiques, Bristol-Myers Squibb Canada, Centre de recherche sur l'arthrite du Canada, GlaxoSmithKline, Hoffman-La Roche Canada Ltée, Instituts de recherche en santé du Canada, Merck Frosst Canada, Pfizer Canada, Sanofi-aventis Canada Inc., Schering-Plough Canada et UCB Pharma Canada Inc. ACE a également reçu des dons privés provenant des membres de la collectivité arthritique (personnes souffrant d'arthrite) de partout au Canada. Le comité ACE remercie ces organismes privés et publics de même que les membres de la collectivité arthritique pour leur soutien.

Décharge

Les renseignements contenus dans le présent bulletin ne sont fournis qu'à titre informatif. Ils ne doivent pas être invoqués pour suggérer un traitement pour un individu particulier ou pour remplacer la consultation d'un professionnel de la santé qualifié qui connaît les soins médicaux dont vous avez besoin. Si vous avez des questions sur les soins de santé, consultez votre médecin. Vous ne devez jamais vous abstenir de suivre l'avis d'un médecin ou tarder à consulter un médecin à cause de ce que vous avez lu dans le présent bulletin ou tout autre bulletin. ☐



1228 Hamilton Street, Bureau 200 B Vancouver, C.-B. V6B 6L2

