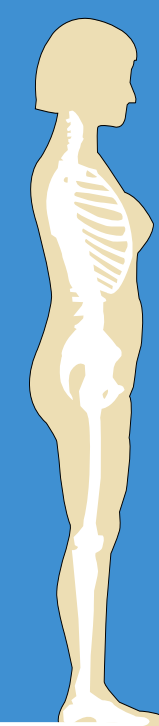


L'OSTÉOPOROSE

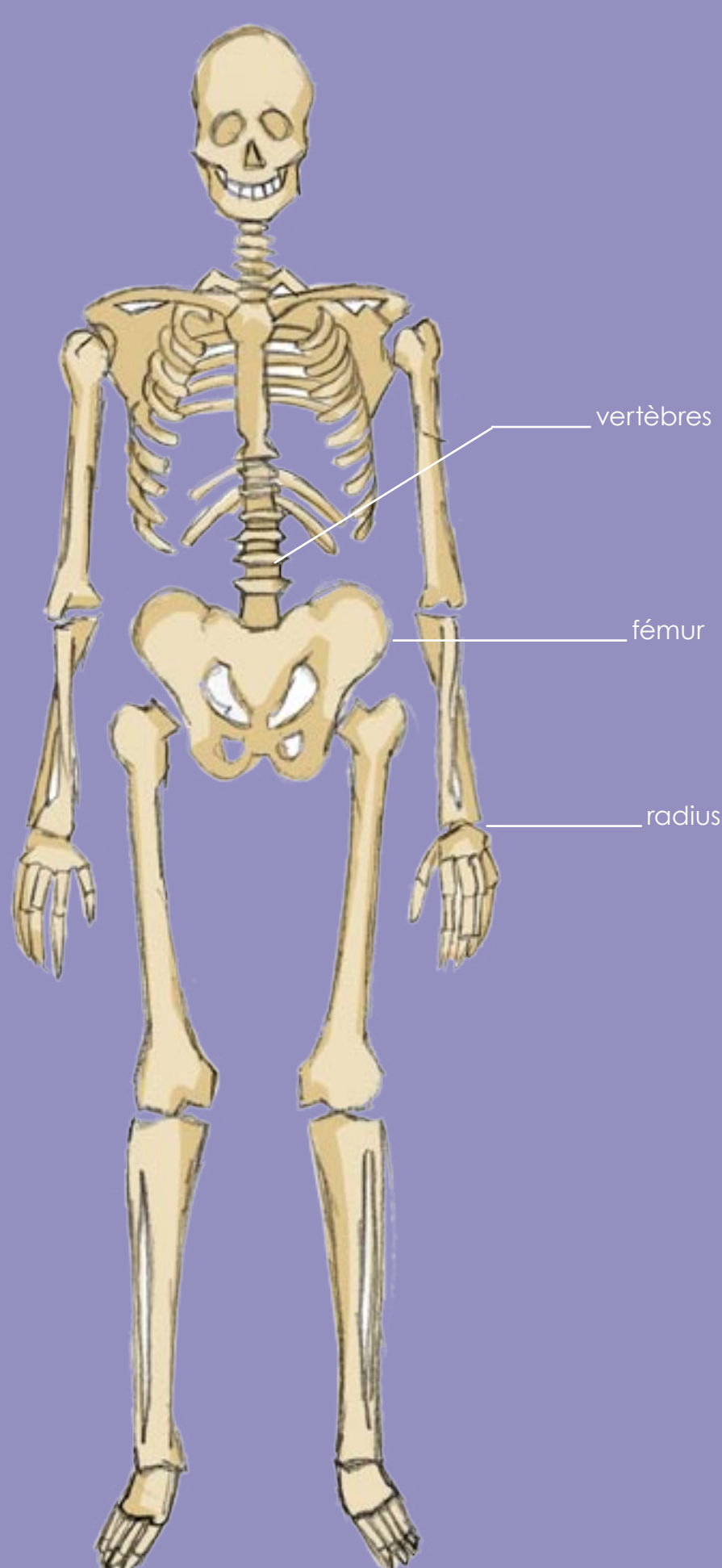
Une maladie silencieuse et grave

Parlons-en



L'ostéoporose est une **maladie générale du squelette osseux**, qui touche principalement les femmes après la ménopause. Elle correspond à une **diminution de la masse osseuse** et à une **détérioration de la micro-architecture osseuse**.

On compte aujourd'hui entre **3 et 3,3 millions de femmes ostéoporotiques** en France.



Silencieuse

Elle peut ne pas avoir de manifestation clinique telles que la douleur ou la raideur. Il peut donc être difficile d'en faire le diagnostic en début de maladie.

Fractures

Elles sont souvent à l'origine du diagnostic d'ostéoporose. Les zones les plus touchées sont les **vertèbres** (fractures vertébrales), le **radius** (fracture du poignet) et le **col du fémur** (fracture de la hanche).

On estime que la perte osseuse est de 2 à 3% par an dans les années qui suivent immédiatement la ménopause et qu'elle est de l'ordre de 1% par an vers 65 ans.

Grave

Elle entraîne une **fragilité osseuse** et un risque de fractures accru. La **fracture** et les complications engendrées sont potentiellement **graves et invalidantes**.

Fractures vertébrales

Appelées aussi tassements vertébraux, elles sont les plus fréquentes. Elles multiplient par 5 le risque de récurrence de fracture et peuvent entraîner une douleur vertébrale aiguë, une diminution de la taille, l'apparition d'une scoliose ou d'une cyphose.

Vous connaissez votre taille ?

Pensez à vous mesurer régulièrement, pour vérifier que votre taille ne diminue pas. Si vous constatez une diminution de 3 cm, vous avez un risque d'ostéoporose. Avec une diminution de 6 cm, un diagnostic d'ostéoporose est probable.

Parlez-en avec votre médecin.

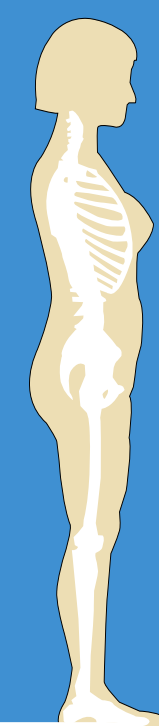
Perte de 5%
de la masse
osseuse par an
dans les 10 ans
qui suivent la
ménopause



L'OSTÉOPOROSE

Un problème de santé publique, qui concerne
3 à 3,3 millions de femmes en France

Parlons-en



Chez la femme de plus de 45 ans, l'ostéoporose est responsable de plus de jours d'hospitalisation que toute autre maladie.

Les fractures ont un **impact important** en termes **de qualité de vie, d'invalidité, de surmortalité et de coûts de santé**. En effet, le risque de décès par complications (20%) ou de handicaps (50%) après une fracture est important, surtout chez les personnes âgées.

Les fractures entraînent parfois de par **le handicap physique** une perte de l'autonomie, avec une perte de confiance en soi et la peur de tomber à nouveau. Une diminution de l'activité physique habituelle de la tonicité musculaire est source de risque de chute encore plus important.

Or 1 femme sur 3 de plus de 50 ans subira une fracture ostéoporotique au cours de sa vie. Il existe 3 types de fractures ostéoporotiques : la fracture **vertébrale**, la fracture du **poignet** et la fracture du **col du fémur**.

Impact de l'ostéoporose sur la qualité de vie :

- 37% Douleurs lombaires
- 30% Vivre dans la crainte d'une fracture
- 29% Incapacité de faire de longue marche
- 25% Incapacité de soulever de lourdes charges
- 18% Incapacité à se déplacer
- 17% Peur du futur

Les fractures du poignet

Estimées à 35 000 fractures chaque année, elles peuvent être gênantes : seul un patient sur deux déclare avoir une bonne récupération fonctionnelle à un an.

Les fractures du col du fémur

Elle concernent **50 000 personnes chaque année**. A la suite de la fracture, 40% des patientes ne se déplacent plus seules et plus de 80% ne peuvent plus réaliser leurs activités habituelles.

Les fractures vertébrales (ou tassements vertébraux)

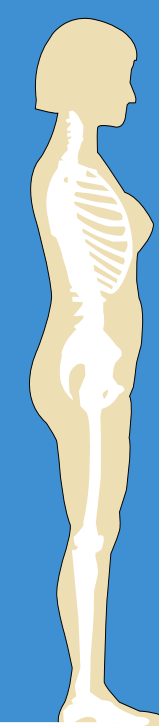
En France, 50 000 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année, mais on estime à 150 000 le nombre réel de fractures vertébrales car les 2/3 ne sont pas diagnostiquées. Elles peuvent pourtant être **source de douleur chronique** et avoir une incidence sur la qualité de vie au moins aussi importante que celles de l'extrémité supérieure du fémur.



L'OSTÉOPOROSE

Comment se prendre en charge ?

Parlons-en



L'ostéoporose est une **maladie silencieuse**, qui n'est encore trop souvent diagnostiquée qu'à l'occasion de fractures. Aujourd'hui, l'**ostéodensitométrie** permet de **diagnostiquer l'ostéoporose de manière précoce**, donc de mieux la traiter et ainsi de **prévenir les fractures**. Parlez-en à votre médecin généraliste, gynécologue ou rhumatologue.

Le traitement de l'ostéoporose, décidé par le médecin, fait appel à une prise en charge non médicamenteuse et/ou médicamenteuse, en fonction notamment de l'âge, de l'existence de fractures par fragilité, de la densitométrie et de facteurs de risque de fractures associées.

Prise en charge non médicamenteuse

Le mode de vie, l'alimentation et l'activité physique sont des points importants à considérer dans le cadre de la prévention de l'ostéoporose dès l'âge de 50 ans :

- Composez vos menus avec des produits des différents groupes d'aliments : laits et produits laitiers, viandes, poissons et oeufs, légumes et fruits, pains et féculents, matières grasses,
- Le tabac et l'excès d'alcool sont déconseillés car ils favorisent la perte osseuse,
- Le maintien ou la reprise d'une activité physique sont importants car ils préservent votre capital osseux et peuvent même renforcer vos os en augmentant la fixation du calcium.

Le calcium et la vitamine D jouent un rôle important et complémentaire sur la vie de l'os. Le calcium

participe à la construction et au maintien de la masse osseuse tandis que la vitamine D favorise l'assimilation et la fixation du calcium sur l'os. Les produits laitiers pour le calcium et le soleil (sans abus) pour la vitamine D sont indispensables.

Prise en charge médicamenteuse (après avoir corrigé une éventuelle carence en calcium ou vitamine D) :

Elle permet de **diminuer d'environ 40 à 60% le risque de fractures vertébrales** et d'environ 20% le risque de fractures périphériques.

Les traitements agissent :

- soit en inhibant les cellules qui physiologiquement détruisent l'os
- soit en stimulant la formation osseuse,
- soit en faisant intervenir les deux mécanismes simultanément.

Le **choix thérapeutique** est fonction de l'efficacité de la molécule, de sa tolérance, des conditions d'administration du produit et de son mécanisme d'action.

Votre médecin saura vous prescrire le médicament **qui vous convient le mieux**.

Diagnostic précoce



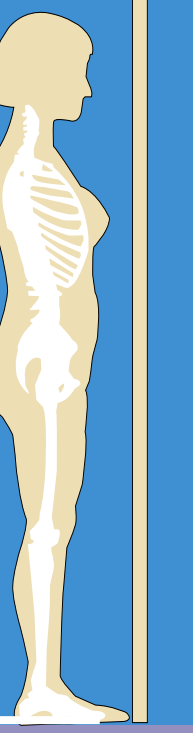
Prise en charge, définie par le médecin



Prévention des fractures

L'OSTÉOPOROSE

L'importance de bien prendre son traitement Parlons-en



Malgré l'éventail thérapeutique pour prévenir le risque fracturaire de l'ostéoporose, **49% des patientes arrêtent leur traitement** un an après son initiation et seules 30% le poursuivent après 2 ans.

Pourtant, un traitement mal suivi perd de son efficacité. En effet, les traitements ne sont efficaces que s'ils sont pris correctement et **régulièrement** au rythme proposé par le médecin.

Conséquences d'une mauvaise observance aux traitements :

- Augmentation de 17% des fractures
- Augmentation de 47% des hospitalisations, toutes causes confondues.

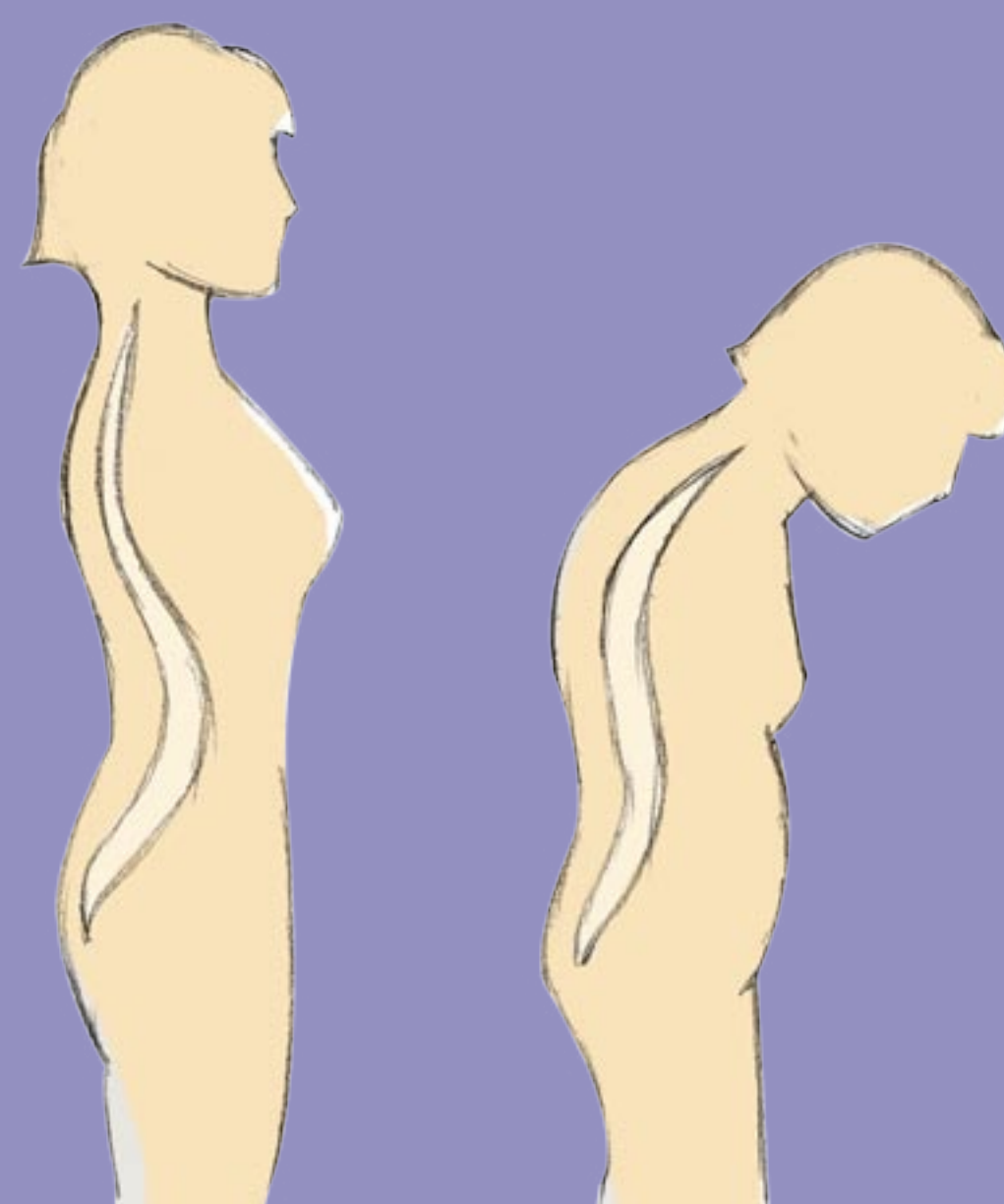
Pourquoi ?

Les traitements anti-ostéoporotiques sont des **traitements au long cours**. Il est essentiel de rester motivée, même si le risque d'ostéoporose peut sembler difficile à appréhender.

Votre médecin vous aidera à **comprendre l'enjeu du traitement** en vous expliquant la maladie, ses risques et l'intérêt du traitement. Il est important de prendre votre médicament **conformément à la prescription de votre médecin**. N'arrêtez pas votre traitement sans avis médical. Comme tout traitement d'une maladie chronique, les traitements de l'ostéoporose ne sont efficaces qu'en cas d'observance optimale.



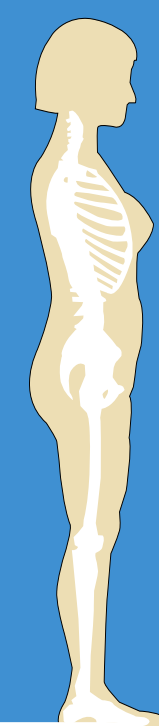
Un conseil :
Prendre son traitement à une date fixe, à un moment fixe, c'est un vrai rendez-vous !



L'OSTÉOPOROSE

Comment se fait le diagnostic ?

Parlons-en



L'âge, le sexe, un déficit en oestrogènes (ménopause précoce ou non, ovariectomie, castration chimique) peuvent être des **facteurs de risque** d'ostéoporose, qui seront recherchés par le médecin lors d'un examen clinique détaillé.

L'examen utilisé pour le diagnostic est l'**ostéodensitométrie**, qui est une mesure de la **Densité Minérale Osseuse (DMO)**, le plus généralement sur deux sites : le col du fémur ou le rachis lombaire.

Aujourd'hui, les indications de ces examens sont clairement définies par les autorités de santé et seul votre médecin peut décider de sa prescription.

La DMO est mesurée le plus souvent par absorptiométrie biphotonique (DXA) :
Elle s'exprime en score : plus il est élevé, plus le risque de fracture est important.

Depuis le 1er juillet 2006, la densitométrie osseuse est remboursée sous certaines conditions :

- Femmes, hommes, enfants
 - ayant des fractures
 - ayant une pathologie inductrice d'ostéoporose (y compris traitements)
- Chez la femme ménopausée
 - avec des facteurs de risque
- Répétition de l'examen.

Le tarif de remboursement de la densitométrie osseuse par absorptiométrie biphotonique à rayons-X (rachis et fémur) est de 39,96 euros depuis le 30 juin 2006. Cette mesure s'accompagne en plus d'un **remboursement d'une consultation** pour les rhumatologues et les médecins de médecine physique et de réadaptation.

DMO normale



DMO faible : ostéopénie



DMO très faible : ostéoporose



DMO encore plus faible : ostéoporose grave

