

Ostéoporose

L'**ostéoporose** est une fragilisation progressive des os qui apparaît le plus souvent au 3^e âge. Les personnes atteintes d'ostéoporose risquent de se fracturer un os lors d'une simple chute ou d'un traumatisme mineur. C'est notamment le cas des **fractures-tassements de vertèbres** et de la tristement célèbre **fracture du col du fémur** (hanche), mais cela peut également concerner les côtes, les poignets et les os longs des membres. Certaines de ces fractures peuvent avoir des conséquences fort dommageables : hospitalisations, diminution de la mobilité, perte de l'autonomie de vie.

Ce dossier vous propose des informations et des conseils pour la **prévention et le traitement de l'ostéoporose**, pour ralentir son évolution et mieux vivre avec cette affection.

Pour un aperçu des principaux points d'attentions de l'ostéoporose, vous pouvez également consulter notre [« Livret pour patients »](#) réalisé avec le soutien de Amgen.

Qu'est-il utile de savoir sur l'ostéoporose ?

Dans ce chapitre, nous vous proposons des informations, notamment

- sur les signes de l'ostéoporose,
- les causes de l'ostéoporose,
- les complications de l'ostéoporose,
- les possibilités de dépister et de prévenir l'ostéoporose.

Ce chapitre vous résume les données principales, mais n'hésitez pas à poser des questions à votre médecin généraliste pour en savoir plus!

Quels sont les signes de l'ostéoporose?

L'**ostéoporose** est muette pendant de nombreuses années.

Après un long moment d'installation silencieuse, elle peut se manifester par des **fractures** survenant à l'occasion de traumatismes mineurs : une fracture du poignet après une chute sur la main, une fracture du col du fémur en tombant simplement à terre, un tassement vertébral en soulevant un sac trop lourd...

On dit parfois que l'ostéoporose est responsable du rapetissement des personnes âgées. Ce n'est qu'en partie vrai : nous perdons tous un peu de hauteur en vieillissant parce que nos disques intervertébraux se déshydratent et s'amincissent. Mais il arrive aussi que les vertèbres se tassent, s'affaiblissent en partie sur elles-mêmes. Ces fractures de vertèbres sont parfois très douloureuses, parfois pas du tout.

A plus long terme, des fractures vertébrales répétées peuvent entraîner une déformation de la colonne, avec une attitude de plus en plus voûtée.

Qu'est-ce qui provoque l'ostéoporose ?



L'ostéoporose est provoquée par une modification de la structure des os.

C'est l'aboutissement d'un **processus naturel lié au vieillissement**.

L'ostéoporose se caractérise par :

- des os moins denses: on pourrait dire que les os deviennent plus « légers ». Ils manquent de calcium, mais aussi de phosphore et d'autres minéraux.
- des anomalies dans l'architecture même des os : la structure du tissu osseux change et devient moins riche en protéines.

Photo © – rob3000 – Fotolia.com

Tout au long de notre vie, nos os sont en perpétuels travaux de rénovation !

En effet, la matière de nos os est en permanence détruite (résorbée) pour être aussitôt reconstruite, et ceci en fonction des besoins (les forces qui s'exercent sur les os,

notamment les forces musculaires). Les cellules qui résorbent l'os sont appelées les «ostéoclastes», celles qui le reconstruisent, les «ostéoblastes».

Notre masse osseuse varie donc constamment au cours de notre vie.

Elle augmente rapidement dans l'enfance, surtout pendant la période de croissance, et atteint un maximum quelques années après la fin de celle-ci, vers 30 – 35 ans. On parle à ce moment d'un « pic osseux ». Ensuite, chez **l'homme**, la masse osseuse commence tout doucement à diminuer (de 0,5% par an).

Chez la **femme**, la baisse de la masse osseuse débute progressivement quelques années avant la ménopause ; puis dans les premières années qui suivent celle-ci, elle se poursuit à un rythme accéléré (1 à 3% par an) ; enfin, quelques années plus tard, la vitesse de perte osseuse rejoint le même rythme que chez l'homme.

La masse osseuse dépend de facteurs génétiques, de notre alimentation et de notre niveau d'activité physique.

L'ostéoporose est généralement plus marquée en présence des **facteurs de risque** que sont :

- l'âge
- le sexe féminin
- les prédispositions génétiques (l'hérédité)
- l'inactivité physique
- la carence en vitamine D et/ou en calcium
- le tabagisme
- l'alcoolisme
- un faible poids – indice de masse corporel (IMC) bas
- la ménopause
- les maladies ou médicaments responsables d'ostéoporose.

La conséquence de ces changements de la structure des os est une fragilité et un risque de fracture accru.

Les types d'ostéoporose

Bien que leurs conséquences soient potentiellement identiques, on peut distinguer différentes formes d'ostéoporose.

L'**ostéoporose primaire** (ou primitive) apparaît, à des degrés divers, chez tous les hommes et toutes les femmes au fur et à mesure de l'avancée en âge:

- chez les **femmes à la ménopause**, moment où s'arrête la production d'œstrogènes (hormones féminines) par les ovaires. Or les œstrogènes ont un double effet protecteur pour les os : ils diminuent la destruction osseuse et augmentent la formation d'os. La baisse importante des œstrogènes s'accompagne d'une chute assez rapide de la densité osseuse. En conséquence, on peut voir apparaître des fractures, même en l'absence de traumatisme important : habituellement, ce sont des tassements de vertèbres, des fractures de côtes et des avant-bras.
- **au-delà de l'âge de 70-75 ans**, l'ostéoporose touche autant les **hommes** que les **femmes**. Elle progresse lentement. C'est à ce moment-là qu'on constate plus fréquemment des bris du col du fémur, de l'humérus et du bassin. Ces fractures sont 2 à 3 fois plus fréquentes chez la femme et surviennent généralement à un âge plus avancé chez les hommes.

On parle d'**ostéoporose secondaire** lorsqu'elle est la conséquence d'une autre maladie ou d'un traitement.

Elle peut par exemple être induite par certains **troubles hormonaux** : hyperthyroïdie, hyperparathyroïdie, production trop forte de cortisone, manque de testostérone ou d'œstrogènes (par exemple suite à un acte de chirurgie comme l'ablation des testicules ou des ovaires).

On rencontre aussi des ostéoporoses favorisées par

- des traitements du cancer de la prostate
- une immobilisation prolongée (alitement)
- une maladie de Paget
- une ostéomalacie
- une déficience en vitamine D, une déficience en calcium (liée par exemple à une malabsorption intestinale)
- un alcoolisme
- une maladie des reins provoquant une perte de calcium
- une anorexie.

Sport de compétition et pratique sportive intensive

Quand il est pratiqué en excès, le sport peut entraîner des effets négatifs sur la masse osseuse. En effet, une pratique très intensive modifie l'équilibre du corps : il y a une perte de masse graisseuse, une anorexie relative, des modifications hormonales expliquant notamment les arrêts des règles (aménorrhée secondaire) que connaissent de nombreuses sportives de compétition. L'état hormonal qui en résulte est défavorable à l'équilibre osseux.

Les complications de l'ostéoporose

L'ostéoporose s'installe **lentement** et s'accroît avec l'âge. Elle entraîne une **fragilité des os**.

Il faut habituellement des années d'évolution avant que cette fragilité des os n'entraîne des fractures.

Quand l'ostéoporose est installée, les fractures peuvent survenir lors de traumatismes mineurs : chute sans gravité apparente, choc sur un membre, etc.



Ces fractures sont souvent responsables de douleurs et d'une perte de mobilité temporaire.

Parfois, la perte de mobilité peut durer longtemps (notamment en cas de fracture de vertèbre ou de hanche), avec pour corollaire une perte d'autonomie possible.

Dans certains cas, la fracture peut entraîner un décès, à cause des diverses complications qui l'accompagnent (hémorragie, embolie pulmonaire, surinfections, etc.). C'est surtout la fracture du col du fémur qui mène à ces conséquences dramatiques.

Photo © – vesnanonstop – Fotolia.com

L'ostéoporose fragilise les os.

Mais le risque de fracture varie selon les personnes.

80% des fractures chez les personnes âgées se produiraient chez des personnes qui n'ont pas d'ostéoporose. Le risque principal est donc bien la chute et il est fort important, à côté de la prévention de l'ostéoporose, d'apprendre aux personnes âgées à ne pas tomber!

Teppo Järvinen et al, BMJ 19 January 2008 | Volume 336

On peut estimer que l'ostéoporose est responsable annuellement, en Europe, de 620.000 fractures de col du fémur, de 490.000 fractures de vertèbres, de 250.000 fractures de l'humérus et de 570.000 fractures de poignet (Conseil scientifique de la santé du GD du Luxembourg).

Les chiffres cités par le Centre Belge d'expertise des soins de santé (KCE) pour la Belgique font état, en 2008, de 14.720

fractures du col du fémur, 9.680 fractures de l'humérus et 18.040 fractures du poignet. Les chiffres relatifs aux fractures de vertèbres ne sont pas fiables, car une majorité de celles-ci passent inaperçues et ne sont donc pas diagnostiquées.

Ces données illustrent l'importance des problèmes posés par la fragilisation osseuse induite par l'ostéoporose.

Est-il utile de demander un examen de dépistage de l'ostéoporose à son médecin ?

La mesure de la **densité minérale osseuse (DMO)** est réalisée par un examen appelé ostéodensitométrie. Il s'agit d'une application particulière de radiographie.

Les **résultats de la mesure de la densité minérale osseuse (DMO)** sont exprimés sous la forme d'un « T-score ».

Selon les définitions de l'OMS, on peut classer les résultats en 3 catégories :

- une densité normale (T-score supérieur à -1),
- une ostéopénie (T-score compris entre -2,5 et -1)
- une ostéoporose (T-score inférieur à -2,5).

Ce dernier score combiné à la présence d'une fracture de fragilité permet de poser le diagnostic d'ostéoporose grave.

Le risque de fracture est d'autant plus grand que la DMO est faible.

Cependant, une mesure de DMO basse ne signifie pas nécessairement que la personne fera une fracture.

D'autres facteurs jouent en effet un rôle important dans l'apparition de ces fractures (voir plus bas).

Pour cette raison, depuis quelques années, on relativise l'importance de la mesure de la densité minérale osseuse:

cette dernière ne constitue qu'un des éléments du bilan à réaliser pour évaluer le risque réel.

Votre médecin généraliste pourra discuter avec vous de l'utilité éventuelle de réaliser une évaluation de votre densité minérale osseuse.

Par ailleurs, une prise de sang est parfois utile pour mesurer des marqueurs de la formation et de la résorption osseuse.

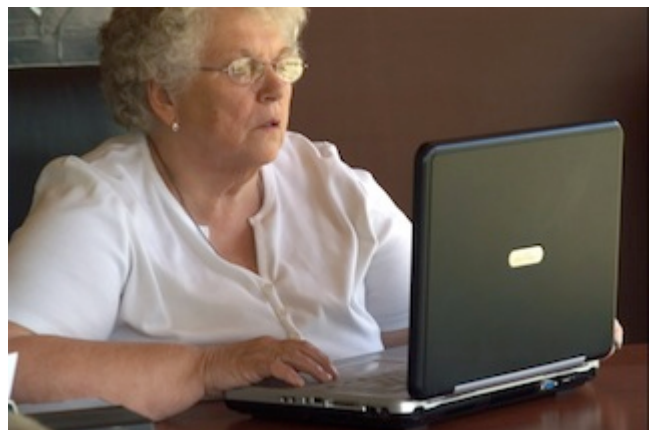
Evaluer le risque de fracture lié à l'ostéoporose

On peut avoir une ostéoporose et ne jamais avoir de fracture.

A l'inverse, beaucoup de fractures surviennent en l'absence d'ostéoporose.

C'est la raison pour laquelle les médecins privilégient une **évaluation globale** des divers facteurs de risque de fracture au moyen de l'index FRAX. qui évalue la probabilité statistique de faire une fracture dans les 10 années à venir.

Les critères pris en compte sont :



- l'âge
- le sexe
- l'indice de masse corporelle (IMC, qui se calcule à partir de la taille et du poids. [Pour calculer votre IMC](#)

- des antécédents personnels de fracture
- des antécédents de fracture de hanche chez la mère ou le père
- le tabagisme actuel
- un traitement par corticoïdes (en comprimés) de longue durée
- une polyarthrite rhumatoïde
- une consommation de plus de 3 unités d'alcool par jour
- une mesure de la densitométrie osseuse (DMO) du col fémoral indiquant un score T bas.

Vous pouvez calculer vous-même la probabilité de fracture (hanche ou vertèbre ou avant-bras...) sur 10 ans en remplissant en ligne le questionnaire sur le site [FRAX](#).

Photo © – Crystal Kirk – Fotolia.com

Votre médecin généraliste pourra évaluer avec vous votre risque de fracture.

Cette évaluation est certainement utile pour les hommes et les femmes dès 65 ans.

C'est parfois aussi le cas pour des personnes plus jeunes en fonction de leur histoire personnelle.

Peut-on éviter l'ostéoporose: quelle prévention ?

La prévention de l'ostéoporose débute dès l'enfance et se poursuit toute la vie !

En simplifiant, disons qu'on peut distinguer 3 grandes phases dans cette prévention:

- De la naissance jusqu'à 30-35 ans : l'objectif est de se constituer un « capital osseux » le plus important

possible pour construire un squelette solide.

- De 35 ans à environ 50 ans: l'objectif est de maintenir la stabilité de la masse osseuse.
- Au-delà de 50 ans: l'objectif est de ralentir l'évolution naturelle vers l'ostéoporose.

Dans ce chapitre, nous abordons les deux premières périodes. La 3e période est abordée dans le chapitre « agir pour mieux vivre avec l'ostéoporose ».

L'essentiel de la prévention repose sur la construction d'un squelette le plus robuste possible pendant l'enfance, l'adolescence et les premières années suivant la croissance.

Quelles sont les habitudes qui favorisent la constitution d'un bon squelette ?

Notre squelette atteint un pic de masse osseuse, généralement vers l'âge de 30-35 ans.

Certains des facteurs qui influencent ce pic sont génétiquement programmés et ne peuvent être modifiés (notamment le sexe, la taille, l'ethnie) : on évalue leur influence à environ 70%.

En revanche, nous pouvons influencer d'autres facteurs en adaptant notre mode de vie: activités physiques (dont une partie en plein air, pour bénéficier de la lumière du soleil), alimentation, consommation de tabac, d'alcool, traitement de certaines maladies et prise de médicaments.

La pratique d'une activité physique régulière dès l'enfance favorise l'acquisition d'une masse osseuse importante.

On conseille plutôt des activités « en charge », c'est-à-dire celles qui imposent aux os de supporter notre poids. Ce sont par exemple la marche, la course à pied, le ski, les sports de ballons, le tennis, etc. La natation et le vélo sont moins efficaces dans ce domaine. Il est préférable de varier les

activités, afin de solliciter tour à tour des parties différentes du squelette.

Des moments suffisants d'activités en plein air nous apportent plus particulièrement de la vitamine D.

La **vitamine D** améliore l'absorption du calcium par l'intestin et sa fixation dans les os. Elle est fabriquée par notre corps grâce à l'action sur la peau des ultraviolets (UVB) de la lumière : c'est là notre source principale de vitamine D. Une exposition au soleil de quelques minutes par jour est suffisante, par exemple en marchant en rue ou en restant assis chez soi, fenêtre ouverte. On trouve aussi cette vitamine dans certains aliments, comme les poissons gras (saumon, sardine), dans le foie, les œufs et les produits laitiers.

Une alimentation variée, avec suffisamment d'aliments contenant du calcium, permet une bonne calcification de nos os.

Le **calcium** est incorporé aux os. Il est bien établi que la consommation régulière d'une quantité minimale de calcium est nécessaire pour avoir de bons os.

Il est complexe de calculer avec précision les apports en calcium de notre alimentation.

Vous pouvez évaluer la quantité de calcium par portion d'aliment. Par exemple :

- 1 verre de 250 ml de lait ou 175g de yaourt correspond à environ 300 mg de calcium
- 1 portion de $\pm$ 80g de sardines avec arêtes à environ 300 mg de calcium
- 1 portion de $\pm$ 80g de chou vert frisé à environ 60 mg de calcium, de $\pm$ 85g d'épinards à environ 115 mg.

Il faut cependant tenir compte du pourcentage du calcium contenu dans l'aliment qui est absorbé par l'intestin : cette disponibilité du calcium varie d'un aliment à l'autre. Elle est par exemple d'environ

- 30% pour le lait, le yaourt, les sardines
- 50% pour les choux
- 5% pour les épinards.

Source : www.passeportsante.net/fr/Actualites/Dossiers/ArticleComplementaire.aspx?doc=lait_calcium_do

Dans nos pays occidentaux, les **produits laitiers** constituent une source facilement accessible de calcium, bien intégrée dans notre alimentation habituelle. Une consommation raisonnable de produits laitiers (par exemple un verre de lait + un yaourt + 1 morceau de fromage) est donc une manière simple de combler nos besoins en calcium, estimés généralement à environ 800 à 900 mg de calcium par jour pour les adolescents et jeunes adultes.

Mais calcium ne rime pas seulement avec lait! Le lait est trop souvent considéré comme la seule source de calcium accessible. Certains en font dès lors un aliment synonyme de bonne santé. C'est oublier



- que d'autres aliments apportent du calcium : des poissons gras mangés avec arêtes (sardines par exemple), des légumes (choux, brocoli, haricots, épinards, etc.), des noix, noisettes et autres fruits secs,...
- que l'eau de distribution et les eaux minérales contiennent également du calcium, quoique en quantités très variables: entre 120 et 500 mg par litre. Cette teneur est mentionnée sur l'étiquette des bouteilles. Vous pouvez connaître la teneur en calcium de l'eau de distribution de votre région en contactant la société de distribution (coordonnées reprises sur votre facture)

- qu'il n'est pas démontré que le lait est une source de calcium supérieure aux autres aliments
- que les produits laitiers (entiers et demi-écrémés) apportent également des graisses insaturées, qui cumulées aux autres apports alimentaires de ces corps gras, peuvent avoir des effets peu favorables à la santé cardiovasculaire.

Photo © – Yasonya – Fotolia.com

Exagère-t-on l'influence du calcium?

Les scientifiques ne sont pas tous d'accord sur les quantités de calcium conseillées pour la constitution d'un bon capital osseux: les chiffres proposés dans les pays développés vont de 500 à 1200 mg par jour (voire plus).

Des études permettent de poser des balises :

- un apport insuffisant (moins de 300 à 400 mg par jour dans l'enfance et l'adolescence) se traduit, dans nos pays occidentaux, par une masse osseuse plus faible et un risque accru de fractures à l'âge adulte
- un apport de l'ordre de 300 mg par jour semble par contre suffisant dans certains pays comme par exemple l'Inde et le Japon.

Calcium and milk : what's best for your bones and health ? Harvard School of Public Health.

L'Organisation mondiale de la santé a déjà relevé depuis longtemps un paradoxe lié à la consommation de calcium: la fréquence des fractures de hanche serait plus élevée dans des pays où la consommation de calcium est élevée en comparaison avec des pays à consommation plus faible!

Cela s'explique probablement par l'influence d'autres facteurs, comme la quantité d'ensoleillement, le niveau global d'activités physiques de la population, le type d'alimentation (plus riche en protéines animales et moins riche en végétaux et glucides), etc.

L'os est un tissu vivant, dont l'équilibre dépend de multiples facteurs. Le calcium n'est qu'un de ces éléments. On insiste généralement sur les apports en calcium, mais on parle moins souvent des pertes de calcium. Pourtant, le calcium est éliminé dans l'urine par les reins. Une alimentation riche en

protéines et en sel (chlorure de sodium) favorise la perte de calcium dans les urines. Une grande consommation de caféine (café, boissons au cola, etc.) augmente aussi la fuite urinaire du calcium.

Vous pouvez aussi lire sur ce site notre article « [Lait: pour ou contre?](#) »

Une étude publiée en 2014, dont les constatations doivent être confirmées par d'autres études, semble indiquer qu'il est préférable de consommer plutôt des produits laitiers sous forme de fromage ou de produits fermentés (yaourt, lait battu, kéfir, etc) que du lait.

(BMJ 2014; 349:g6015)

Comment préserver la masse osseuse acquise à la fin de la période de croissance ?

Dès l'âge de 30-35 ans, il nous est conseillé de **protéger notre capital osseux**.

Certains conseils de prévention sont identiques à ceux évoqués pour la constitution d'un bon squelette.

Il reste important de **maintenir la pratique d'une activité physique** raisonnable.

Une **alimentation variée avec des apports suffisants en calcium** est également conseillée.

Il est bien établi que la consommation régulière d'une quantité minimale de calcium est nécessaire pour avoir de bons os. Par contre, une alimentation comportant des quantités très élevées de calcium ne semble pas apporter de bénéfices supplémentaires à la santé de notre squelette, et pourrait même le fragiliser. Inutile donc de payer bien cher des produits enrichis en calcium dans l'espoir d'éviter l'ostéoporose ou des fractures.

La prise de suppléments de calcium (en comprimés par exemple),

tout comme de suppléments de vitamine D, n'a pas d'effets favorables prouvés chez des adultes en bonne santé, qui s'exposent raisonnablement à la lumière (activités de plein air : marche, vélo, jardinage, etc). Par ailleurs, les excès de calcium et de vitamine D peuvent provoquer des effets indésirables.

On recommande aussi d'**éviter les facteurs de risque évitables.**

Ce sont:

- **l'excès de boissons contenant de la caféine** (café, boissons au cola, boissons énergisantes, etc.). Il se traduit très probablement par un accroissement du risque de fractures liées à une ostéoporose. Cet effet est observé au-delà d'une consommation de 4 tasses ou verres par jour. Plusieurs explications sont évoquées : une augmentation de la quantité de calcium évacuée par les urines et, dans le cas des boissons au cola, un apport excessif de phosphore qui interfère avec le métabolisme du calcium
- **le tabac**
- **l'excès de boissons alcoolisées.** Il n'y a pas unanimité sur le nombre d'unités (verre de vin, de bière, etc.) à ne pas dépasser. Certaines publications évoquent un risque accru au-delà de 1,5 unité par jour, d'autres au-delà de 3 unités par jour
- **des pertes de poids importantes.** Ainsi, les personnes atteintes d'anorexie sont particulièrement exposées à l'ostéoporose.

[Retour en haut de page](#) ↑

Accepter l'ostéoporose pour mieux la gérer

L'ostéoporose reste silencieuse pendant de nombreuses années. On peut donc vivre sans en ressentir d'inconvénient.

Mais elle peut se manifester par des fractures survenant à l'occasion de traumatismes mineurs.

Ce qui est important est donc de **ralentir l'évolution de l'ostéoporose** et de **prévenir les chutes**, en agissant sur son mode de vie et son environnement. Dans le chapitre suivant, nous aborderons ces questions.

Votre médecin généraliste est une personne ressource importante pour vous conseiller et vous accompagner.

Votre médecin vous a annoncé que vous avez une ostéoporose ?

Fiche 1 – Que pensez-vous, que savez-vous de l'ostéoporose ?

Notez vos réponses, pour en parler avec votre médecin lors de votre prochaine consultation.

Gardez vos notes pour les relire dans quelques mois, vous pourrez ainsi voir si vous avez changé d'idées.

Nous avons rencontré des personnes pour parler de l'ostéoporose. Voici ce qu'elles nous ont dit.

- C'est une perte de densité des os, qui les rend fragiles et donc qui augmente le risque de fractures.
- Ce sont les os qui perdent de leur densité. On voit des petites vieilles courbées, ayant perdu de la hauteur en

taille.

- Ma mère par exemple a les vertèbres cassées et elle n'a jamais rien senti.
- La maladie vient avec l'âge, le plus souvent au moment de la ménopause.
- Je pense qu'il vaut mieux ne pas manger de viande le soir.
- Dans le cas de l'ostéoporose, tu n'as pas de symptômes, après quand tu découvres, ça peut être trop tard! Tu ne le sens pas venir!

Fiche 2 – Comment réagissez-vous ? Quels sentiments ressentez-vous ?

Notez vos réponses, pour en parler avec votre médecin lors de votre prochaine consultation.

Gardez vos notes pour les relire dans quelques mois, vous pourrez ainsi voir si vous avez changé d'idées.

Nous avons rencontré des personnes pour parler de l'ostéoporose. Voici ce qu'elles nous ont dit.

- J'ai peur d'avoir mal quand même, il faut se faire soigner parce que ça peut faire crouler toute ta structure!
- Moi je ne me sens pas tellement concernée je dois dire... Je fais attention à ma santé d'une façon générale alors je ne m'inquiète pas beaucoup pour quelque chose...
- Je ne tombe pas, je n'ai pas mal, je n'ai pas raison de m'inquiéter.
- Je trouve ça un peu exagéré, tout ce qu'on en dit! C'est trop! C'est comme si toutes les femmes allaient tomber dedans. Ça peut faire peur, surtout pour celui qui ne connaît pas bien le sujet.
- Je ne trouve pas ça inquiétant parce qu'on peut compenser finalement.
- Il faut quand même faire attention.
- Mais moi je trouve quand même qu'il ne faut pas en faire une montagne sinon, on ne vit plus!

Fiche 3 – Qu’attendez-vous de votre médecin ? Du traitement ?



Notez vos réponses, pour en parler avec votre médecin lors de votre prochaine consultation.

Gardez vos notes pour les relire dans quelques mois, vous pourrez ainsi voir si vous avez changé d'idées.

Nous avons rencontré des personnes pour parler de l'ostéoporose. Voici ce qu'elles nous ont dit.

- Je veux qu'il me dise comment faire pour ne pas attraper cette maladie, avec des moyens naturels.
- Il doit expliquer quels sont les symptômes de la maladie.
- Il ne faut pas rester ignorant. Moi je ne connaissais pas, on n'en parlait pas de mon temps.
- Faire de la prévention, comme ça on peut se prendre en main.
- Moi j'aime bien savoir. Que le médecin me dise quoi faire, qu'il dise que c'est sérieux et qu'on ne sait jamais.
- Et bien moi je dis: apprenons à nous connaître plutôt que se donner comme ça au médecin!

Fiche 4 – Votre médecin vous a donné des conseils pour votre vie de tous les jours

(par exemple faire de l'exercice, manger différemment, changer l'aménagement de votre domicile, etc).

Qu'attendez-vous de ces changements ?

Selon vous, pour quelle raison votre médecin vous a-t-il donné ces conseils ?

Avez-vous des difficultés pour appliquer ces conseils ?

Décrivez ce que vous avez fait au cours des dernières semaines, de préférence en prenant des notes régulièrement.

Nous avons rencontré des personnes pour parler de l'ostéoporose. Voici ce qu'elles nous ont dit.

- Il faut être au courant, c'est sûr. On plus on vit aussi plus longtemps aujourd'hui...
- Je trouve qu'il faut rappeler plus concrètement et de façon plus pratique les choses: on peut manger ceci, cela, boire ceci, etc.
- Au niveau de l'information, c'est quand même bien de donner toutes les informations possibles: les conventionnelles ou et non conventionnelles.
- Il faut varier son alimentation. Moi j'ai changé à cause de ma maladie, j'ai eu une sonnette d'alarme.
- Je trouve que c'est le rôle du médecin de conseiller sur une bonne vie quotidienne, une vie saine, il doit donner des conseils de prévention...

Fiche 5 – l'ostéoporose et vous

Cela fait quelques mois ou quelques années que vous savez être atteint d'ostéoporose. Votre vie a-t-elle changé depuis que vous le savez ?

Notez vos réponses, pour en parler avec votre médecin lors de votre prochaine consultation.

Gardez vos notes pour les relire dans quelques mois, vous

pourrez ainsi voir si vous avez changé d'idées.

[Retour en haut de page](#) ↑

Agir pour mieux vivre avec son ostéoporose

L'unique raison du traitement de l'ostéoporose est la prévention des fractures.

Des mesures générales permettent de ralentir l'installation de l'ostéoporose.

Pour établir la meilleure stratégie de traitement, votre médecin procèdera avec vous à une évaluation de votre risque de fracture, en calculant l'index FRAX (voir + haut chapitre 1.6).

Car on peut avoir de l'ostéoporose et courir un risque faible de fracture.

A l'inverse, en présence d'un risque élevé de fracture, des mesures préventives peuvent être particulièrement utiles et réduire significativement le risque.

Votre médecin généraliste est bien placé pour évaluer avec vous votre profil personnel de risque de fracture.

La mesure de la densité osseuse peut faire partie de cette évaluation.

En prévenant les fractures, on évite :

- des douleurs et des incapacités transitoires
- des hospitalisations
- des pertes de qualité de vie et d'autonomie

- d'éventuels décès en cas de fractures graves avec complications (liées à l'immobilisation : surinfections, embolies, etc.)

Ralentir l'installation de l'ostéoporose et diminuer le risque de fractures

Rappelons que l'ostéoporose apparaît avec l'âge, à des degrés divers, chez tous les hommes et toutes les femmes (voir chapitre 1).

Si vous avez 50 ans ou plus, vous pouvez adopter des mesures préventives qui ont deux objectifs :

- ralentir la diminution de votre masse osseuse
- diminuer les facteurs de risque de fracture.

La démarche préventive fait appel à plusieurs approches simultanées.

Traiter la ménopause

L'arrêt de la production d'œstrogènes par les ovaires entraîne une **accélération rapide de l'ostéoporose**. Car les œstrogènes protègent les os par une double action : diminution de la destruction osseuse et augmentation de la formation d'os.

Un traitement par œstrogènes, pour compenser l'arrêt de la production par l'organisme, est **parfois** proposé à la ménopause. Il vise d'abord à diminuer les manifestations désagréables comme les bouffées de chaleur. Même s'il offre une protection correcte contre l'ostéoporose, ce traitement n'est généralement plus prescrit que pour une durée limitée et après une discussion pesant les avantages et inconvénients, en raison de ses risques potentiels d'augmentation du cancer du sein et des maladies cardiaques.

Ostéoporose: agir via son alimentation

La **consommation régulière de calcium** reste indispensable à tout âge pour ralentir la diminution de la masse osseuse.

Cependant, la dose optimale de calcium à ingérer fait l'objet d'appréciations variables: certains scientifiques conseillent 1500 mg/jour, tandis que d'autres font remarquer que le risque de fracture n'augmente plus à partir de 600 mg/jour (voir chapitre 1).

Que faire dans ces circonstances ?

Il semble raisonnable de privilégier une alimentation suffisamment riche en calcium, de manière à arriver à un **apport d'environ 1000 mg par jour**. C'est la dose proposée par le Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique.



Une consommation raisonnable combinant **4 produits laitiers par jour** est une manière simple de combler ces besoins en calcium : il semble préférable de remplacer le lait par du lait battu, du yaourt, du fromage blanc ou une portion de fromage. Les légumes riches en calcium et les eaux minérales peuvent également contribuer à atteindre un apport suffisant en calcium.

Photo © – lefebvre_jonathan – Fotolia.com

Les recommandations de certaines institutions et groupes de réflexion (« Ostéoporose Canada, HAS) proposent des apports alimentaires de 1200 mg (voire de 1500) par jour. Cependant, ce point de vue ne fait pas l'unanimité : ainsi, une étude a montré qu'une consommation importante après la ménopause (1200 mg de calcium par jour) n'apportait pas de protection supplémentaire vis-à-vis d'une consommation de 600 mg/jour.

Une incertitude plane aussi sur l'utilisation de suppléments importants de calcium (comprimés, poudres, etc) : des études évoquent une possible augmentation modérée du risque cardiovasculaire (infarctus du myocarde aigu ou accident vasculaire cérébral), mais ces études sont critiquées par certains experts.

Référez-vous à la prescription de votre médecin généraliste, avant de prendre des suppléments de calcium, en comprimés par exemple.

Ceux-ci peuvent parfois entraîner de la constipation.

Ostéoporose: maintenir une activité physique régulière

La pratique régulière d'une activité physique après l'âge de 50 ans maintient les os en bonne santé et ralentit la diminution de la masse osseuse.

Plus spécifiquement, il a été prouvé qu'un programme de marche modérée à vigoureuse réduit le risque de faire une fracture de hanche.



En outre, **l'activité physique régulière est le meilleur moyen de prévenir la tendance aux chutes**, parce qu'elle maintient le tonus musculaire et le sens de l'équilibre.

Les exercices qui mettent les os en charge sont les plus efficaces: ce sont par exemple la marche ou la course à pied, la montée ou descente d'escaliers, les sauts, le tennis ou les autres sports de balle. Favorables également les exercices contre résistance, qui amènent à déplacer des objets ou son

corps contre un obstacle: jardinage, poids et haltères ou appareil de musculation.

Par contre, des activités où le corps est porté, comme la natation, le vélo, etc. sont excellentes pour leurs effets cardiovasculaires, mais ont peu d'effets en prévention de l'ostéoporose.

En pratique, il est conseillé de pratiquer ces activités au moins 1h trois fois par semaine ou de marcher un minimum de 30 minutes par jour (en une ou plusieurs fois).

Photo © – Julien Bastide – Fotolia.com

Vitamine D et ostéoporose

L'action du calcium est combinée à celle de la vitamine D, qui augmente son absorption intestinale et diminue sa perte urinaire.

Notre corps fabrique la vitamine D grâce à l'action sur la peau des ultraviolets (UVB) de la lumière. L'exposition directe au plein soleil n'est généralement pas indispensable: des activités en plein air, comme la marche, le jardinage, la lecture ou la sieste à l'extérieur permettent cette synthèse de vitamine D. On trouve aussi cette vitamine dans certains aliments, comme les poissons gras (saumon, sardines), le foie, les œufs et des produits laitiers.

Faut-il toujours prendre des suppléments de vitamine D à partir de 50 ans ?

A cette question également, il n'existe pas une réponse unanime : certains conseillent la prise de vitamine D en routine (à une dose de 800 UI/j) pour tout le monde dès 50 ans.

Le Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique souligne pour sa part que le risque de carence en vitamine D est surtout à craindre chez les personnes âgées qui sortent peu à l'extérieur (personnes vivant en home, etc.) surtout à partir de 75 ans ; par ailleurs, **chez les personnes ayant un risque élevé de fractures** (selon l'indice FRAX), il conseille la **prise de suppléments de vitamine D (800 à 1000 UI/jour)**.

Vous pouvez aussi lire sur ce site notre dossier consacré aux [vitamines](#).

Chez certaines personnes souffrant d'une carence en vitamine D révélée par une prise de sang, il peut aussi être utile de

prendre un supplément. De telles carences peuvent se produire chez les personnes atteintes de certains troubles intestinaux (malabsorption due à une maladie cœliaque par exemple), ou traités par certains médicaments (antiépileptiques par exemple). Votre médecin généraliste réalisera ce dosage s'il est indiqué.

Référez-vous à la prescription de votre médecin généraliste, avant de prendre des suppléments de vitamine D.

Eviter les facteurs de risques d'ostéoporose

Nous pouvons éviter les facteurs de risque que sont **le tabac et l'excès de boissons alcoolisées**. Il n'y a pas unanimité sur le nombre d'unités (verre de vin, de bière, etc.) à ne pas dépasser. Certaines publications évoquent un risque accru au-delà de 1,5 unité par jour, d'autres au-delà de 3 unités par jour.

Il est essentiel de réduire le risque de chutes.

Les personnes en **bonne condition physique** ont généralement une meilleure coordination de leurs mouvements, un meilleur tonus musculaire et un meilleur équilibre. Ce sont des avantages supplémentaires d'une activité physique régulière!

Une **kinésithérapie** basée sur la pratique d'exercices favorisant une bonne posture est indiquée, en cas d'antécédent de chute ou d'instabilité et chez les personnes ayant un risque élevé de fractures à 10 ans (indice FRAX).

Il s'agit d'améliorer l'état musculaire et les capacités de perception et de contrôle de l'équilibre par notre système nerveux.

La pratique régulière du Tai Chi semble également favorable à l'équilibre corporel.



Il est très important de corriger les **troubles de la vue** (la cataracte notamment), dont certains peuvent occasionner une mauvaise perception des reliefs ou des obstacles de la vie courante.

La **sécurisation du domicile** est essentielle pour une personne qui chute facilement et/ou qui a déjà subi une fracture. L'éclairage des pièces doit être suffisant et toujours allumé lors des déplacements la nuit. Les sols glissants ou encombrés de tapis sont à proscrire. La prudence s'impose plus particulièrement dans les escaliers.

Les médicaments qui provoquent des pertes de tonus ou de la somnolence (comme des somnifères la nuit) sont responsables de bon nombre de chutes. **Evitez donc de prendre des médicaments sans un avis préalable de votre médecin généraliste.**

Photo © – Robert Kneschke – Fotolia.com

Traitement médicamenteux de l'ostéoporose

Il existe des médicaments capables d'augmenter la densité osseuse. Ils sont **conseillés chez les personnes qui ont eu une**

fracture liée à une ostéoporose.

C'est également le cas chez les **personnes qui ont une mesure de densité minérale osseuse (DMO) basse et un risque élevé de fracture** (indice de FRAX, voir chapitre 1.6), mais pas de fracture avérée.

Le traitement est plus efficace pour prévenir les fractures vertébrales que les autres types de fractures.

En dehors de ces cas particuliers, le bénéfice d'un traitement médicamenteux de l'ostéoporose n'est pas établi.

Le but de la prise des médicaments anti-ostéoporotiques est de diminuer le risque de survenue de fractures, vertébrales ou autres, et leurs conséquences négatives.

Car ces fractures, chez les personnes les plus âgées, sont souvent responsables de douleurs chroniques, d'hospitalisations et d'admissions en établissement de révalidation, voire en maison de repos. En outre, la mortalité liée aux complications de ces fractures n'est pas négligeable.

La prévention des fractures par un traitement médicamenteux est destinée aux patients qui pourront en tirer le plus grand bénéfice. Le traitement médicamenteux n'est pas systématiquement recommandé

- lorsque le risque de fracture à 10 ans (calculé par l'indice de FRAX) est bas
- lorsque ce risque est élevé et la densité minérale osseuse dans la normale.

Cependant, le médecin généraliste évaluera le bénéfice éventuel d'un traitement en fonction de l'ensemble des éléments de vie et des antécédents de chacun : n'hésitez pas à discuter avec votre médecin et à lui faire part de vos questions et réflexions.

Les médicaments disponibles agissent en augmentant la résistance de l'os par une diminution du processus de

destruction osseuse et/ou par une stimulation de la construction osseuse.

Le choix du type de médicament est posé par le médecin généraliste en tenant compte des caractéristiques de chaque patient, des effets indésirables possibles des médicaments et en évaluant l'ensemble de la situation (facteurs de risques particuliers, vie quotidienne, etc.).

La **durée du traitement varie fortement** selon les médicaments : pour certains, elle est limitée à quelques mois, pour d'autres à plusieurs années.

Des médicaments se prennent par la bouche, d'autres sont injectés ou donnés par perfusion (une fois par an généralement). N'hésitez pas à discuter avec votre médecin généraliste de vos préférences quant au type de traitement : il est plutôt raisonnable de choisir une démarche que vous accepterez et adopterez plus facilement !

Un traitement médicamenteux est aussi conseillé à certaines personnes qui risquent une ostéoporose secondaire (voir chapitre 1). C'est notamment le cas chez les personnes qui reçoivent de fortes doses de corticoïdes pour de longues durées.

Toutes les mesures proposées pour ralentir l'évolution de l'ostéoporose sont évidemment également préconisées, simultanément au traitement médicamenteux !

Chez des personnes âgées séjournant en maisons de repos, le port de protecteurs de hanche pourrait être utile pour la prévention des fractures du col du fémur.

Ostéoporose: chercher du soutien et s'organiser

Il n'est pas simple de modifier ses habitudes. Les activités collectives sont souvent plus stimulantes: on y rencontre des personnes avec lesquelles on peut partager ses difficultés et ses encouragements.

Bouger

Il est souvent plus motivant et agréable de pratiquer une activité physique avec des amis ou en groupe.

L'ADEPS organise des activités de loisir sportif en plein air, ouvertes à tous et gratuites : les **Points Verts**.

Vous pouvez pratiquer des sports selon votre rythme, seul ou accompagné et sans contraintes.

Parmi les activités proposées, vous avez le choix entre :

- La marche : 5 – 10 – 20 km
- La marche d'orientation : 4 – 8 – 16 km
- Le jogging : 10 km. Un parcours d'environ 5 km est généralement encadré et accessible aux débutants.
- Le V.T.T. : 10 km.

Les parcours sont fléchés et forment une boucle : le départ et l'arrivée sont au même endroit.

Les Points Verts ont lieu à Bruxelles et en Wallonie, les dimanches et jours fériés de 9h à 18h.

Un calendrier annuel des rendez-vous Points Verts est mis à votre disposition au prix de 1€. Il est disponible dans les Centres de Conseil du Sport de l'ADEPS, dont vous trouverez

les adresses sur <http://www.adepts.be/index.asp?m=page&i=871>.

Vous pouvez aussi consulter le site internet de l'ADEPS : www.adepts.be, pour faire une recherche selon les dates, les lieux et les activités que vous préférez. C'est pratique et gratuit !

Avant de partir à un Point Vert, confirmez le lieu de départ en téléphonant au 02/413.28.97 ou consultez le site www.adepts.be. Lorsque vous arrivez au Point Vert, adressez-vous toujours au secrétariat d'accueil local pour y retirer votre carte de participation gratuite. Le secrétariat est ouvert entre 9h et 18h, lors de chaque rendez-vous.

Les activités destinées à améliorer l'équilibre

Des ateliers « Equilibre » ou des activités collectives destinées à prévenir les chutes sont organisées en divers lieux en Communauté française. Il n'y a pas à notre connaissance de répertoire centralisé des ces activités.

Vous pouvez vous renseigner sur les ressources proches de votre domicile auprès de votre médecin généraliste, de votre commune, de votre mutualité.

La pratique régulière du Tai Chi contribue également à une bonne prévention des chutes.

Aménager la maison

De multiples aménagements de votre domicile peuvent être réalisés pour plus de confort et de sécurité : siège de douche, rehausseurs de WC, barres d'appui, rangements dans vos armoires, escaliers, etc.

Une attention particulière doit être portée aux obstacles qui peuvent faire chuter: tapis, marche, fils électriques, etc.

L'éclairage doit être présent dans tous les lieux de vie et de passage; une veilleuse dans la chambre ou le couloir menant aux toilettes est souvent utile.

Un(e) ergothérapeute pourra vous conseiller pour adapter votre habitat et ainsi réduire les risques de chutes. De nombreux services d'aide à domicile peuvent offrir l'aide d'un(e) ergothérapeute.

L'asbl Solival Wallonie Bruxelles apporte, gratuitement, des conseils et propose des pistes de solutions aux personnes qui en font la demande. <http://www.solival.be/>
Sur le site de la même association, vous pouvez découvrir de multiples idées (« les systèmes-D »).

[Retour en haut de page](#) ↑

Références principales

- Teppo Järvinen et al, BMJ 19 January 2008 | Volume 336
- Régime alimentaire, nutrition et prévention des maladies chroniques – Rapport d'une Consultation OMS/FAO d'experts, OMS, Série de Rapports techniques 916, Organisation mondiale de la Santé, 2003.
- Kalkwarf HJ, Khoury JC, Lanphear BP. Milk intake during childhood and adolescence, adult bone density, and osteoporotic fractures in US women. Am J Clin Nutr. 2003 Jan;77(1):257-65.
- [Calcium and milk : what's best for your bones and health ?](#) Harvard School of Public Health.

- J. Sommer et al. Enseigner les recommandations pour la pratique : l'ostéoporose. Rev Med Suisse 2011 ; 7 :1070-7.
- [Ostéoporose](#). Fiche de transparence CBIP. www.cbip.be.
- [Prévention et traitement de l'ostéoporose postménopausique](#). www.cbip.be.
- Prévention des chutes au domicile pour les personnes âgées. Minerva 2010 : 9(6) : 66-67.
- Un premier choix parmi les médicaments en prévention des fractures ostéoporotiques ? Minerva 2008 ; 7(7) : 98-99.
- Le rôle de la vitamine D dans la prévention des fractures. Minerva 2006 ; 5(3) : 41-43.
- Prévention médicamenteuse des fractures ostéoporotiques. KCE reports 159B. 2011.
- Mesure de la densité osseuse et prévention des fractures après la ménopause. Rev Prescrire; 27 (285): 521.
- Prévenir les fractures après la ménopause. Infos-Patients Prescrire.www.prescrire.org
- Prévention des fractures ostéoporotiques: pas de vitamine D pour tous. Rev Prescrire ; 31 (335): 683.
- K. Michaelsson, A. Wolk, S. Langenskiöld et al. [Milk intake and risk of mortality and fractures in women and men: cohort studies](#). BMJ 2014; 349:g6015.

Dernière mise à jour 13/12/2022