

Un expert répond à vos questions

1. Quelles sont les femmes les plus exposées au risque d'ostéoporose ?

Il existe de nombreux facteurs de risque qui ne sont pas tous égaux entre eux. Les plus importants sont certainement l'hérédité et l'âge : c'est le capital osseux que l'on a hérité de ses parents et c'est le temps qui passe qui sont les plus déterminants.

Bien sûr il faut compter aussi avec ce que l'on a fait de ce capital au fil de la vie : la façon de s'alimenter en produits laitiers, fume-t-on, les règles ont-elles disparu avant la ménopause pour un temps plus ou moins long (anorexie par exemple). Le fait d'avoir dépassé l'âge de la ménopause est aussi une situation à risque : les hormones estrogènes naturelles secrétées par les ovaires protègent fidèlement l'os jusqu'à cette époque.

2. Quels sont les signes d'alerte de la maladie que chaque femme devrait savoir repérer ?

N'en attendez aucun, il n'y en a pas. Il s'agit de ce que l'on a pu appeler une sorte d'« épidémie silencieuse ». Ainsi ne guettez pas une douleur quelconque ou une sensation particulière. Pendant que vous « perdez de la substance osseuse », vous ne ressentez rien. Un jour, les manifestations de la maladie seront trop tardives pour être empêchées : il s'agira de fractures avec leur cortège de douleurs et de difficultés. Aussi, ne vous méprenez pas : les très nombreuses douleurs articulaires ressenties au moment de l'installation de la carence hormonale due à la ménopause – souvent déjà dès la péri ménopause – n'ont strictement rien à voir avec l'ostéoporose. Et ce, quoi qu'en pensent de nombreuses femmes qui viennent consulter pour ce motif. Il faut donc se rendre à l'évidence : il est tout à fait possible de perdre d'année en année de sa substance osseuse sans pour autant en être informée. Et c'est bien là le danger perfide de cette maladie qui avance silencieusement.

3. Comment savoir si une femme ménopausée présente un risque d'ostéoporose? Quel examen faut-il pratiquer ?

Tout simplement en vous interrogeant et en recueillant les différents facteurs de risque (cf. plus haut). A partir du moment où votre médecin estime que vous additionnez un nombre suffisant de facteurs de risque il vous prescrira un examen d'évaluation de votre capital osseux : la densitométrie osseuse. Nous sommes en effet capables de mesurer la masse osseuse depuis le début des années 80. Il vous demandera aussi parfois de faire un examen de sang pour évaluer votre métabolisme osseux.

4. Dans quel but mesure-t-on la densité osseuse ?

Cet examen précise la hauteur de votre capital osseux en mesurant plusieurs sites « sensibles » : les vertèbres lombaires, le poignet, l'extrémité supérieure du fémur (et en particulier le « col du fémur »). Il permet à votre médecin de confirmer ou non ses doutes suggérés par vos facteurs de risque. Il est remboursé par la sécurité sociale depuis le 1^{er} juillet 2006 si vous présentez certains facteurs de risque.

5. Quand est-elle surtout demandée ?

Les circonstances au cours desquelles votre médecin peut vous demander une densitométrie sont variées mais ce sera surtout si :

- Vous avez déjà eu une fracture vertébrale du poignet ou du fémur sans vrai traumatisme
- Vous avez eu une maladie favorisant l'ostéoporose : par exemple une insuffisance hormonale ovarienne, une hyperthyroïdie,

- Votre mère ou père ou frère ou sœur ont déjà eu une fracture vertébrale ou du col fémoral sans traumatisme majeur.
- Vous êtes maigre
- Votre ménopause a eu lieu avant 40 ans ou vous avez eu une ménopause provoquée par un traitement ou une intervention.
- Vous avez reçu des corticoïdes pendant plus de 3 mois (à une dose supérieure ou égale à 7,5 mg/jour)

6. Comment fonctionne l'appareil ? Comment l'examen se déroule-t-il ?

Sous l'effet d'un balayage à rayons X d'énergies différentes, l'os « absorbe » différemment chaque famille de rayons. Une image digitalisée est obtenue grâce à un micro-ordinateur. Elle permet par traitement informatique de mesurer la densité de l'os.

C'est un examen confortable, complètement indolore, dont la durée n'excède pas vingt minutes en général. L'appareil se présente comme une table articulée en skaï, sur laquelle on s'allonge. Aucune injection, pas de manipulations douloureuses, le praticien doit seulement centrer son faisceau de rayonnements sur la région à étudier. La quantité de rayons X délivrée est négligeable (moins qu'une radio des poumons). Le résultat comporte différentes images : la tête du fémur et son col, les dernières vertèbres lombaires L1 à L4, le radius de l'avant-bras, enfin une courbe sur laquelle on peut suivre les moyennes observées chez l'ensemble des autres femmes en fonction de leur âge.

7. Sous quelle forme les résultats se présentent-ils ?

Les lombaires, le poignet et l'un des fémurs évalués sont représentés en images et le compte rendu comporte un rapport écrit qui stipule un certain nombre de données et de chiffres.

Pour interpréter cet examen, c'est très simple :

Reportez vous aux colonnes des « T Scores » selon les sites évalués de votre résultat et si le T Score est :

- supérieur à +0,5 = très bon capital osseux.
- entre +0,5 et -1 = normal.
- entre -1 et -2,5 = capital osseux pauvre (ostéopénie).
- 2,5 ou moins = ostéoporose

Les T Scores sont des chiffres qui vous évaluent en comparaison de femmes de 25 ans (dont le capital osseux est au maximum).

Vous trouverez aussi une colonne de « Z scores » qui vous évaluent cette fois ci par rapport aux femmes de votre âge

8. Chez quelles femmes un traitement est-il nécessaire?

Dès que votre médecin le juge utile en fonction de votre âge, de vos facteurs de risque de la maladie et des chiffres des T Scores de votre ostéodensitométrie.

Important : votre âge est certainement déterminant quant au risque de fracture : un T Score lombaire de -2,5 à 50 ans expose à un risque de fracture de moins de 5% alors que le même T Score de -2, expose à un risque de 20%.

Une notion importante : la déperdition osseuse est lente, tout au plus 4% au plus fort de la perte dans les années qui suivent directement la ménopause. On peut donc toujours prendre le temps de la réflexion avant de mettre en œuvre un traitement.

9. Pourquoi cette maladie est-elle un enjeux de santé publique ?

Parce que de fracture en fracture c'est le handicap, la douleur, la vie normale qui devient impossible et le handicap qui s'impose avec ses conséquences dans la vie de tous les jours.

10. Est-ce que l'ostéoporose affecte les hommes ?

Oui mais sa fréquence est moins élevée : 2 fois moins de fractures du fémur, 4 fois moins de fractures du poignet et 3 fois moins de fractures vertébrales

11. Il y a-t-il une relation entre arthrose et ostéoporose ?

Non, il s'agit de 2 maladies différentes qui n'ont strictement rien de commun. En particulier l'arthrose ne provoque jamais de fractures osseuses.

On ne connaît par ailleurs pas de traitement efficace de prévention de l'arthrose.