

## Toutes les questions que vous vous posez sur l'ostéoporose

### ▪ L'ostéoporose est-elle douloureuse ?

L'ostéoporose est une maladie **silencieuse et indolore**.

La douleur n'apparaît qu'au moment d'une complication qui peut révéler la maladie : la **fracture** (fracture vertébrale, fracture du col fémoral ou des os du poignet).

La **fracture vertébrale** est souvent responsable de violentes douleurs de la colonne (dorsale ou lombaire) mais il existe aussi des fractures très peu douloureuses qui font évoquer à tort des douleurs en rapport avec une arthrose. Même sévères, les fractures n'entraînent qu'exceptionnellement des complications neurologiques (compressions des racines nerveuses ou de la moelle épinière). L'épisode douloureux peut faire suite à un effort même modéré, à un "faux mouvement", une chute... Parfois ces événements ne sont pas retrouvés. A plus long terme, les fractures vertébrales entraînent une réduction de la taille plus ou moins importante, des déformations de la colonne (dos qui se voûte, modification des courbures de la colonne vertébrale, douleurs du bas du dos et parfois douleurs de contact entre les côtes et le bassin du fait de la perte de taille) et un retentissement sur la qualité de vie. Les douleurs du bas du dos sont souvent aggravées par les efforts, les exercices, par la station debout ou assise prolongée et sont soulagées par le repos. Ces douleurs chroniques peuvent être liées à des micros fractures des corps vertébraux ou résulter de la modification des courbures de la colonne vertébrale.

### ▪ Quelles sont les complications de l'ostéoporose ?

La complication de l'ostéoporose est la **fracture**. Les plus fréquentes sont les fractures vertébrales, la fracture du col fémoral ou des os de l'avant bras, mais presque tous les os peuvent être le siège d'une fracture due à leur fragilité (sauf le crâne, les doigts, les orteils et le rachis cervical).

La survenue de **fractures vertébrales** multiples entraîne une réduction de la taille plus ou moins importante [parfois responsable d'une compression de l'abdomen, d'un reflux œsophagien (sensation de brûlure dans l'œsophage), d'un essoufflement, etc...], des déformations de la colonne (dos qui se voûte, modification des courbures de la colonne vertébrale, douleurs du bas du dos et parfois douleurs de contact entre les côtes et le bassin du fait de la perte de taille) et un retentissement sur la qualité de vie. Les douleurs du bas du dos sont souvent aggravées par les efforts, les exercices, par la station debout ou assise prolongée et sont soulagées par le repos.

La **fracture du col fémoral** est grave du fait des risques de complications postopératoires générales liées à l'intervention (phlébites, embolies, infections et autres complications liées à l'alitement). Elle nécessite parfois la mise en place d'une prothèse qui elle-même peut se compliquer (infection, luxation, usure, etc.). Le retour à domicile après une intervention dans un tel contexte n'est pas toujours possible. On remarque souvent dans les suites une peur importante de tomber à nouveau ; il existe un risque de dépendance.

## ▪ Qu'est-ce qu'une fracture vertébrale?

Une fracture vertébrale est la **fracture** d'un corps vertébral. Elle peut révéler l'ostéoporose ou la compliquer. Il ne faut pas confondre la fracture vertébrale et le « pincement » discal qui traduit une maladie du disque situé entre deux vertèbres (vieillessement, arthrose vertébrale) et qui n'a rien à voir avec l'ostéoporose.

Le diagnostic est évoqué devant des douleurs de la colonne vertébrale, souvent violentes, d'apparition brutale.

La radiographie (indispensable) confirme le diagnostic en montrant une vertèbre qui s'est aplatie en partie ou en totalité (déformation d'un plateau, fracture en coin, aspect en galette, fractures de trois vertèbres contiguës du rachis thoracique).

Toute fracture vertébrale n'est pas obligatoirement liée à une ostéoporose.. Des examens de sang et une imagerie plus sophistiquée sont parfois nécessaires pour confirmer le diagnostic et préciser l'ancienneté de la fracture.

## ▪ Quelles sont les fractures les plus fréquentes au cours de l'ostéoporose ?

L'ostéoporose est responsable de fractures. Trois fractures sont particulièrement fréquentes :

- **Les fractures des vertèbres appelées fractures vertébrales.** Leur dénombrement exhaustif est quasi impossible car leur survenue est souvent silencieuse ; on estime le chiffre approximatif, en France, à 40 000 à 65 000 cas par an
- **Les fractures du col du fémur.** Le risque augmente avec l'âge. En France, en 1990, il y a eu 48 000 fractures du col du fémur ; en 2050, il y en aura 150 000 si l'incidence actuelle perdure.
- **La fracture de l'avant bras** (appelée fracture de Pouteau-Colles). On estime que le chiffre approximatif, en France, en 1990, était de 35 000 cas.

## ▪ Quelles sont les causes d'ostéoporose ?

Il est essentiel de distinguer les ostéoporoses dites « **primitives** » (les plus fréquentes, divisées en sous-types selon l'âge de survenue) et les ostéoporoses « **secondaires** ».

Principales causes d'ostéoporoses
<b>Ostéoporoses dites « primitives »</b>
- <i>Juvénile</i> jusqu'à l'âge de 25 ans)
- <i>Homme jeune</i> (facteurs génétiques).
- <i>Grossesse</i> .
- <i>Ménopause</i> (ménopause naturelle ou chirurgicale, absence prolongée de règles)
- <i>Vieillessement</i> (après 70 ans).
- <i>Causes héréditaires très rares</i> : ostéogénèse imparfaite (maladie de Lobstein).
<b>Ostéoporoses secondaires</b>
- <i>Traitement prolongé</i> par des doses fortes de cortisone (> 7,5 mg/j d'équivalent prednisone et/ou plus de 6 mois).
- <i>Rhumatismes</i> : polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite, arthrite chronique juvénile.
- <i>Maladies endocriniennes</i> : excès de fonctionnement d'une glande parathyroïde ou de la thyroïde, insuffisance des glandes sexuelles.

- *Maladies digestives* : atteintes sévères du foie, maladies chroniques de l'intestin.  
- *Autres causes* : anorexie mentale, intoxication alcoolo-tabagique, malnutrition sévère, immobilisation prolongée, fuite chronique du calcium dans les urines, maladies tumorales, greffes d'organes, insuffisance rénale chronique sévère.

### ▪ **Peut-on voir une ostéoporose chez l'homme ?**

OUI, et l'ostéoporose de l'homme est de mieux en mieux connue.

Les principaux facteurs de risque d'ostéoporose de l'homme jeune sont :

- l'insuffisance en hormones mâles (testostérone),
- l'intoxication alcoolo-tabagique,
- la prise de médicaments (corticoïdes au long cours),
- certaines maladies (polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite, hémochromatose, etc.).

Comme chez la femme, la maigreur, les régimes carencés en calcium sont des facteurs de risque d'ostéoporose. Les facteurs génétiques jouent un rôle important.

Dans certains cas, aucune cause n'est retrouvée, aucun facteur de risque ne peut être mis en évidence. Une anomalie du fonctionnement des ostéoblastes pourrait être en cause.

Chez l'homme plus âgé, les carences en hormones sexuelles, en calcium et vitamine D sont au premier plan.

### ▪ **Peut-on être atteint d'ostéoporose à 30 ans ?**

L'ostéoporose peut toucher une personne de 30 ans, (homme ou femme) si celle-ci a un capital osseux de départ trop bas et des facteurs de risque qui accélèrent la perte osseuse : facteurs génétiques ou d'environnement, maladie ou traitement susceptible d'entraîner une ostéoporose.

Cependant l'ostéoporose touche plus volontiers les femmes à la ménopause (du fait de la carence en hormones féminines) et les personnes âgées (du fait du vieillissement osseux et de la carence en vitamine D et en calcium).

### ▪ **Peut-on voir une ostéoporose chez un enfant ?**

OUI, l'ostéoporose existe chez l'enfant : en cas de maladie osseuse congénitale, de maladie comme l'arthrite chronique juvénile ou lors de prise prolongée de corticoïdes. Comme chez l'adulte, elle est favorisée par certains facteurs de risque : alimentation carencée en calcium, insuffisance d'activité physique.

L'action du calcium et de l'exercice physique juste **avant la puberté** (8-12 ans) est fondamentale pour la croissance osseuse. La notion d'ostéoporose familiale est à prendre en considération, car l'hérédité joue un rôle important : les enfants de parents ostéoporotiques ont des valeurs de densité osseuse plus basse qu'en l'absence d'antécédents familiaux.

Chez l'**adolescente**, l'anorexie mentale, un arrêt prolongé des règles, un régime amaigrissant très carencé et pauvre en calcium (2/3 des adolescentes ont des apports en calcium insuffisants), le tabagisme, la sédentarité ou une activité sportive trop intense (la pratique excessive d'un sport comme le marathon peut entraîner un trouble de l'appétit, des perturbations hormonales comme un arrêt des règles, véritable ménopause précoce avec perte osseuse importante), favorisent la survenue d'une ostéoporose.

- **Quelle différence y a-t-il entre ostéoporose et rachitisme ?**

Le **rachitisme** est une maladie de l'enfant. Il est caractérisé par un défaut de la minéralisation de l'os et provoque un os "mou". Il est dû à une carence en vitamine D et est devenu exceptionnel depuis que l'on donne systématiquement de la vitamine D à la naissance et pendant la petite enfance.

Chez la personne âgée, surtout vivant en institution, une carence en vitamine D est également possible. Cette carence aggrave l'ostéoporose.

- **La spasmophilie est-elle liée l'ostéoporose ?**

La spasmophilie n'a rien à voir avec l'ostéoporose. On appelle généralement spasmophilie des symptômes divers « **d'excitation neuro-musculaire accrue** » (nervosité, anxiété, sensations de malaise, crampes, etc..). Elle a été attribuée à des carences en magnésium. Le dosage du calcium et du phosphore mérite d'être exploré à cette occasion car il existe des maladies ayant les mêmes symptômes et nécessitant des traitements adaptés.

En ce qui concerne le rôle favorisant du **magnésium** dans l'ostéoporose, il existe autant d'arguments "pour" que "contre". Nous ne pouvons pas recommander le magnésium comme traitement de l'ostéoporose.

- **Si l'on a une ostéoporose, peut-on ou doit-on rechercher la maladie chez ses enfants ?**

La densité de l'os résulte de l'interaction entre des facteurs génétiques et d'environnement. Il est certain que l'hérédité joue un rôle important. Les enfants de parents ostéoporotiques ont des valeurs de densité osseuse plus basses que les enfants de parents sans ostéoporose ; de même l'existence d'une fracture du fémur chez la mère multiplie par 2 le risque de fracture du fémur chez les descendants. Par conséquent, si l'on a une ostéoporose, il faut préconiser une éducation de l'enfant : augmentation des quantités alimentaires quotidiennes de calcium (3-4 produits laitiers par jour, eau minérale riche en calcium), apport médicamenteux en vitamine D pendant la petite enfance et ensoleillement suffisant, activité sportive en charge sans surentraînement (marche à pied quotidienne à bon pas, course à pied, danse, gymnastique, football, etc.). A l'adolescence il faut rester vigilant : alimentation équilibrée, riche en laitages, pas de régime trop strict, éviter les facteurs de risque. A la ménopause, votre fille devra consulter un rhumatologue pour revoir ses facteurs de risque d'ostéoporose.