

Qu'est-ce que l'ostéoporose?

L'ostéoporose, ou «maladie de l'os poreux», est une condition due à une multitude de facteurs et qui résulte de deux processus simultanés, soit la diminution progressive de la densité osseuse et la détérioration de «l'architecture» de l'os.

Les personnes atteintes d'ostéoporose peuvent expérimenter une modification de l'alignement du dos, occasionnant parfois des douleurs intenses, une réduction de la taille et, à une étape plus avancée, des fractures des poignets, des hanches ou des vertèbres.

Il ne faut pas confondre l'ostéoporose, qui peut être invalidante, avec la perte de masse et de densité osseuses, qui est un processus naturel, débutant dès l'âge de 30 ans, lié au vieillissement et sans conséquence sur la qualité de vie.

Pourquoi l'ostéoporose concerne-t-elle principalement les femmes? Parce que la masse osseuse d'une femme est généralement moindre que celle d'un homme; elle se détériore donc plus rapidement.

Selon la Société des obstétriciens et des gynécologues du Canada (2006), 6 % des femmes de 50 ans seraient atteintes d'ostéoporose, le taux augmentant à 50 % pour les plus de 80 ans.

L'ostéoporose n'est pas une malédiction qui frappe toutes les femmes ménopausées, mais une condition liée au mode de vie : en effet, elle concerne presque exclusivement les femmes vivant dans les pays «du Nord» (Europe, Amérique du Nord). Des facteurs tels que l'alimentation, l'activité physique, ou l'ensoleillement jouent un rôle primordial dans le développement et la préservation de la santé osseuse.

La nouvelle «épidémie» des pays industrialisés

Depuis quelques années l'information sur l'ostéoporose, ses risques et les moyens de la dépister et de la traiter se multiplie. Le discours est alarmiste, au point de parfois laisser entendre que peu de femmes ménopausées y échappent.

«Le monde me dit que mes os vont quasiment se désagréger. Moi, ça m'inquiète beaucoup!»

Participante à un groupe de discussion, L'Annonciation, Qc

Fractures : les facteurs de risque

- Ossature fine, petite taille
- Antécédents familiaux d'ostéoporose
- Immobilisation sur une longue période
- Consommation élevée de tabac ou d'alcool
- Stress
- Sédentarité
- Alimentation peu variée, carences
- Certaines maladies chroniques des poumons, du foie, du système gastro-intestinal, de la glande thyroïde
- Certains médicaments, corticostéroïdes, hormones thyroïdiennes, traitements contre le cancer, anticonvulsivants, anticoagulants, antidiabétiques
- Contraceptifs hormonaux (Depo-Provera)
- Difficultés de mobilité
- Troubles de la vue, de l'ouïe, de l'équilibre
- Environnement physique non adapté
- Consommation de médicaments qui altèrent l'attention (antidépresseurs, somnifères)
- Historique de chutes, de fractures ou de malaises
- Handicap cognitif

Êtes-vous à risque?

Faites le test sur www.rqasf.qc.ca.



Comment une condition relativement rare, il y a 20 ans, est-elle devenue un problème de santé publique? Parce que la définition de la «maladie» a changé.

Avant, l'ostéoporose était caractérisée par des os fragiles et poreux qui se brisaient facilement. Depuis 1994, l'ostéoporose est définie à partir du test de densité minérale osseuse (DMO). Par conséquent, des personnes qui n'ont jamais subi de fractures - et qui n'en subiront probablement jamais - sont maintenant considérées «malades» parce que le résultat de leur test indique une densité osseuse moindre que la norme établie.

Or, une faible densité minérale osseuse n'est qu'un facteur de risque d'ostéoporose, qui n'est elle-même qu'un facteur de risque de fracture.

Ce glissement de sens a plusieurs répercussions :

- » sur les femmes, qui, dès la ménopause, vivent avec la peur de subir une fracture et sont médicamentées en grand nombre,
- » sur le système de santé, puisque les tests de dépistage et les médicaments coûtent cher,
- » sur l'industrie pharmaceutique (très impliquée dans l'élaboration de la nouvelle définition de l'ostéoporose et dans sa promotion), qui réalise des profits considérables puisque de plus en plus de femmes sont considérées «à risque» et se font prescrire des médicaments.

On est en droit de s'interroger sur les conflits d'intérêts possibles, lorsque des entreprises - dont le but est de faire des profits - prennent en charge la promotion, le dépistage, la prévention et le traitement d'une maladie.

Les médicaments contre l'ostéoporose... efficaces et sans risques?

Les **bisphosphonates**, ou BP (Fosamax, Actonel, Didronel, etc.)

Peu efficaces pour les femmes de moins de 60 ans qui n'ont jamais eu de fractures. Pour celles qui ont déjà subi des fractures de fragilisation, il y a une réduction des risques avec l'alendronate et le risédronate. En règle générale, l'efficacité des traitements augmente proportionnellement à l'âge des patientes.

En raison des effets secondaires et des risques de complications (notamment cardiaques), plusieurs organismes recommandent d'appliquer le principe de précaution et de ne pas utiliser de BP à moins d'être à risque très élevé de fracture.

Le **traitement hormonal**, ou TH

Augmente la densité osseuse mais a un faible effet protecteur sur les fractures. Le TH est en outre lié à de nombreuses complications (cancer du sein, accidents cardiovasculaires, caillots sanguins, démence, incontinence), et ne devrait être prescrit, avec le consentement éclairé de la patiente, qu'en cas de signes ménopausiques sévères, à dose minimale et pour une durée minimale.

La **calcitonine** (Miacalcine)

Réduit les douleurs liées aux fractures de la colonne et les risques de fractures vertébrales mais est sans effet sur les autres types de fractures.

Le **raloxifène** (Evista)

Réduit le risque de fractures vertébrales mais n'est pas efficace pour la prévention des autres types de fractures. Soupçonné d'augmenter le risque d'accident vasculaire cérébral.

La **téripatide** (Forteo)

Administrée par injection, et réservée aux personnes de plus de 65 ans avec une ostéoporose avancée, qui ont déjà subi des fractures et qui ne tolèrent pas les BP. Effets secondaires et risques de complications importants. Durée maximale de prescription : 18 mois. Il n'est pas démontré que l'efficacité de la téripatide surpasse celle des BP, ni qu'elle peut réduire l'incidence des fractures de la hanche.

Passer à l'action

Bouger plus. Durant l'enfance et l'adolescence, faire de l'exercice permet de constituer un squelette plus résistant, donc de faire des réserves de masse osseuse pour l'âge adulte. Chez les femmes ménopausées, l'activité physique réduit le taux de perte osseuse et peut même conduire à un gain, dans certains cas. Par exemple, celles qui font du *tai-chi*, quel que soit leur âge, font moins de chutes et subissent moins de fractures de la hanche que celles qui n'en font pas.

Dans une perspective de santé publique, il est important que tous et toutes aient accès à des infrastructures sportives adaptées et abordables (notamment les personnes en situation de handicap et à faible revenu).

Adopter de saines habitudes de vie et d'alimentation. Réduire sa consommation de tabac, d'alcool, de «voleurs de minéraux» (boissons gazeuses, aliments transformés, sucre, sel, protéines animales et caféine). Avoir une alimentation riche et diversifiée qui permet de fournir au corps et aux os tous les éléments dont ils ont besoin pour être et rester en bonne santé. Dormir plus, se relaxer, etc.

Pour bénéficier pleinement des vertus des aliments, consommer des produits de saison, cultivés localement, avec un minimum d'engrais et de pesticides. C'est meilleur, et en plus c'est un geste pour l'environnement et un soutien aux productrices et producteurs locaux.

Adapter son environnement. Pour réduire les risques de fracture, il est important de prendre des précautions... Si nécessaire, installer des rampes, des tapis antidérapants, porter des semelles à crampons et utiliser un bâton de marche ou une marchette. Rappelons-nous que la majorité des aînées qui subissent des fractures ne font pas d'ostéoporose!

Faire des bilans de santé. Faire vérifier sa vue, son ouïe; vérifier également si la posologie des médicaments peut affecter la perception et nuire à l'équilibre.

Prendre en considération les thérapies alternatives : phytothérapie, médecines traditionnelles, approche holistique, etc.



Avec l'âge et après la ménopause, la perte osseuse est naturelle et tolérable chez la plupart des femmes. Elle ne requiert aucun traitement, à moins d'être assez importante pour rendre les os fragiles et à risque de fractures.

National Institute
of Arthritis and Musculoskeletal
and Skin Diseases



On peut prévenir l'ostéoporose à tous les âges de la vie. Une saine alimentation, un mode de vie actif et une bonne santé globale contribuent à la formation d'une ossature solide de l'enfance à l'âge adulte et au ralentissement de sa détérioration après trente ans.

Pour en savoir plus

Consulter le dossier Ostéoporose de la trousse *Notre soupe aux cailloux* : Une œuvre collective pour la santé des femmes au mitan de la vie, disponible sur le site Internet du RQASF : www.rqasf.qc.ca

Références complémentaires :

DIONNE, J.-Y. S.O.S Os, *des os solides à tout âge !*, Toronto, Éd. Wiley, 2008, 132 p.

Site Web du Center for Medical Consumers : www.medicalconsumers.org



Ostéoporose

Santé des femmes
au mitan de la vie

Ce dépliant est un abrégé du dossier Ostéoporose, tiré de la trousse *Notre soupe aux cailloux* : Une œuvre collective pour la santé des femmes au mitan de la vie.

Produite par le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF), la trousse contient un large éventail de renseignements et d'outils qui peuvent aider les femmes à faire des choix éclairés concernant leur santé au moment de la ménopause.

Réseau québécois d'action pour la santé des femmes, 2010

www.rqasf.qc.ca

Recherche et rédaction : Magaly Pirotte et Isabelle Mimeault
Graphisme : ATTENTION design+

Réalisé avec le soutien financier de

