

question

77

Quelle est la durée optimale du traitement hormonal pour l'ostéoporose ?

■ Pour une protection osseuse efficace, on recommande aujourd'hui une durée minimale de 5 ans. La durée du traitement hormonal substitutif est de toute façon affaire d'adaptation individuelle en fonction des risques osseux, mais aussi des risques vasculaires et de cancer du sein.

notre avis

La durée optimale est affaire de cas particuliers, à discuter avec votre médecin.

question

78

Quelles sont les contre-indications du traitement hormonal ?

■ Le traitement est contre-indiqué si vous avez souffert d'un cancer du sein ou de l'utérus, d'une phlébite spontanée avec ou sans embolie pulmonaire, d'une obstruction veineuse cérébrale ou de maladies rares comme le lupus ou la porphyrie. En outre, il existe des situations compliquées : certaines maladies du foie ou du cœur.

notre avis

La prescription du traitement hormonal substitutif nécessite d'évaluer ses bénéfices et ses risques au cas par cas.

question

79

Quels sont les risques du traitement hormonal ?



■ Des incidents peuvent survenir, dans 5 à 10 % des cas, et sont liés en particulier à un équilibre difficile des doses. Règles trop abondantes, saignements, douleurs et gonflement des seins, maux de tête, jambes lourdes, œdèmes ou prise de poids doivent faire consulter le médecin qui décidera d'examen complémentaires et/ou d'une adaptation du traitement. Il est ainsi possible d'obtenir un traitement "personnalisé à la carte".

Le risque de phlébite est augmenté surtout pendant la première année du traitement. En France, nous disposons d'estrogènes absorbés par voie percutanée (patch, gel, etc.) et d'une progestérone naturelle qui permettent toutefois et, avec prudence, d'élargir les indications du traitement. Le problème du cancer du sein est traité à la Question 80.

Le traitement hormonal substitutif fait le plus souvent évoluer les paramètres lipidiques (cholestérol) dans un sens favorable, mais il n'est recommandé ni dans la prévention, ni dans le traitement des maladies cardiovasculaires.

■ En pratique :

Un traitement hormonal doit être arrêté 4 semaines avant une intervention chirurgicale avec immobilisation.

notre avis

Le traitement hormonal n'est pas une obligation ; il doit être prescrit en fonction des bénéfices escomptés, en particulier sur les bouffées de chaleur et la qualité de vie, et de la prévention du risque ostéoporotique et de ses risques, en particulier de cancer du sein.

@ u e s t i o n

80

Le traitement hormonal augmente-t-il le risque de cancer du sein ?

■ Le risque de cancer du sein augmente naturellement avec l'âge à partir de 50 ans et au-delà de 70 ans. Le nombre de cancers du sein a nettement augmenté depuis une quinzaine d'années surtout dans les pays occidentaux et industrialisés. Le taux de cancers s'accroît chez les femmes traitées par le traitement hormonal, mais aussi chez les femmes non traitées... Il existe une augmentation modérée du risque de cancer du sein en fonction de la durée du traitement hormonal : pour une survenue spontanée (c'est-à-dire chez des femmes non traitées) de 45 cas pour 1 000 femmes (âgées de 50-60 ans) apparaît un surcroît de deux cas pour 5 ans de traitement, de 6 cas pour 10 ans de traitement hormonal. Il convient donc de tenir compte de ces résultats et de toujours évaluer le rapport bénéfice/risque lorsque l'on veut prescrire un traitement prolongé.

@ u e s t i o n

81

Le traitement hormonal substitutif fait-il grossir ?



■ **OUI**, s'il est mal dosé (trop ou pas assez d'estrogènes, progestatif trop puissant ou surdosé).

■ **NON**, lorsqu'il est bien équilibré ; il prévient la prise de poids observée à la ménopause (par augmentation de la masse grasse abdominale et diminution de la masse maigre, musculaire). Il est impératif, après 50 ans, d'associer à tout traitement hormonal

une bonne hygiène de vie tant alimentaire que physique.

La bonne adaptation du traitement estro-progestatif est essentielle car il n'y a pas de traitement standard. Le

choix des hormones, la voie d'administration des estrogènes, les modalités de prise dans le temps sont importants pour que le traitement soit bien toléré et efficace.

notre avis

Si vous prenez du poids, n'accusez pas à tort le traitement hormonal. La prise de poids peut être due à bien d'autres choses (par exemple, l'âge!).

@ u e s t i o n

82

Quelle surveillance faut-il faire au cours des traitements hormonaux ?

■ Au cours du traitement, il est habituel de faire un examen clinique : deux fois par an avec surveillance de la tension artérielle et du poids et un frottis, une mammographie et des examens sanguins tous les deux à trois ans. La fréquence de ces examens est bien sûr adaptée au cas par cas.

notre avis

Pour toute femme, après 50 ans, une surveillance gynécologique et cardiovasculaire est souhaitable, avec ou sans traitement hormonal.

@ u e s t i o n

83

Qu'est-ce que la tibolone ?

■ La tibolone est une molécule de synthèse, apparentée au traitement hormonal substitutif, ayant des effets ressemblant aux estrogènes sur l'os. Elle a un effet favorable sur les bouffées de chaleur et la perte osseuse. L'effet à long terme sur d'autres tissus (vasculaires, seins...) et le bénéfice sur le risque de fracture sont à l'étude.

QUESTION

84

Que sont les phyto-estrogènes ?

■ Ce sont des substances naturelles d'origine végétale douées d'action à la fois estrogénique et anti-estrogénique. On distingue les isoflavones et les lignanes. Les isoflavones sont essentiellement dans le soja, le thé, les pois chiches. Les lignanes se trouvent dans les céréales, les fruits, les graines de légumineuses.

On s'intéresse à ces molécules parce que, dans la population dont l'alimentation comporte une grande quantité de ces produits (en Asie), on a constaté des fréquences plus basses qu'en Europe de cancers du sein, de l'utérus et de maladies cardiovasculaires.

De nombreuses études sur ces substances sont en cours. En France, plusieurs produits à base de soja ont été mis sur le marché et peuvent être pris sans contre-indications. Ils peuvent parfois aider à diminuer les bouffées de chaleur de la ménopause. Il n'est pas prouvé que les phyto-estrogènes aient un effet préventif de l'ostéoporose.

notre avis

Aujourd'hui, on ne peut pas recommander les phyto-estrogènes dans l'ostéoporose. Avant de prendre de vous-même ce type de traitement, parlez-en à votre médecin.

QUESTION

85

À quoi sert la DHEA ?

■ La DHEA (dihydroépiandrostérone) n'est pas un médicament et les données actuelles ne permettent pas de la recommander dans la prévention de l'ostéoporose. Cette hormone est un précurseur des estrogènes, ne doit jamais être associée au traitement hormonal substitutif et est contre-indiquée en cas d'antécédent de cancer du sein.

notre avis

Nous déconseillons la prise de DHEA.

QUESTION

86

Le traitement hormonal et la pilule : est-ce le même type de traitement ?

■ **NON**, même si tous deux sont faits de l'association d'un estrogène et d'un progestatif.

■ **Dans le cas de la pilule**

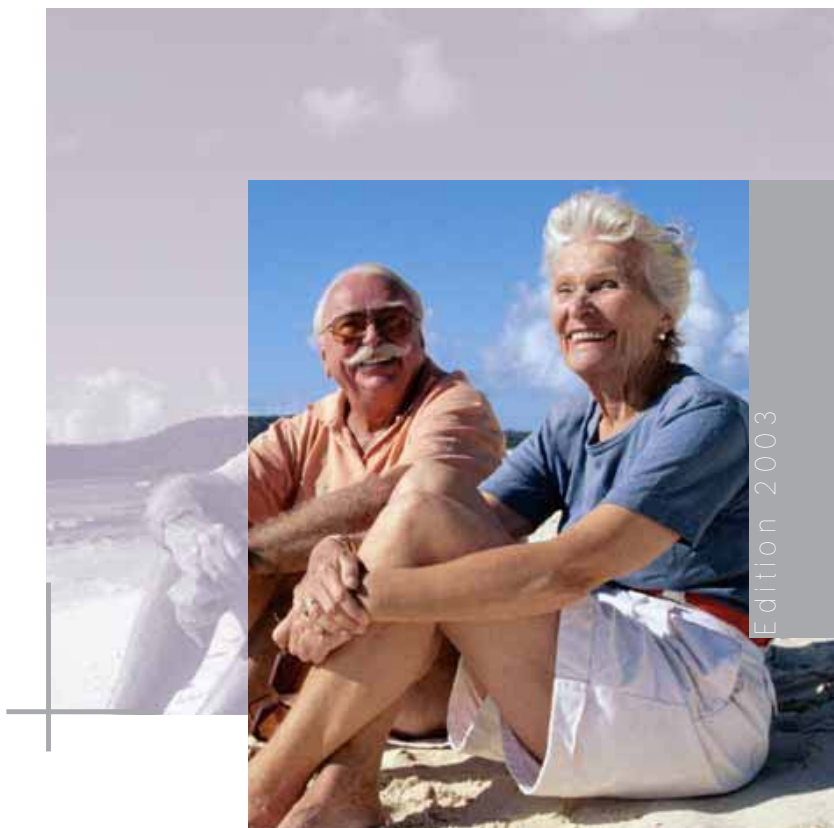
Il s'agit d'un estrogène de synthèse (c'est-à-dire non naturel : l'éthinyl-estradiol à 50, 30 ou 20 µg) et d'un progestatif. Tous deux augmentent après 40 ans les risques cardiaques, veineux, artériels et métaboliques (diabète, cholestérol, etc.). Une contraception orale minidosée peut être prescrite en l'absence de contre-indications habituelles, entre 40 et 50 ans. Mais elle sera obligatoirement remplacée par le traitement hormonal substitutif à la ménopause.

■ **Les traitements hormonaux de la ménopause**

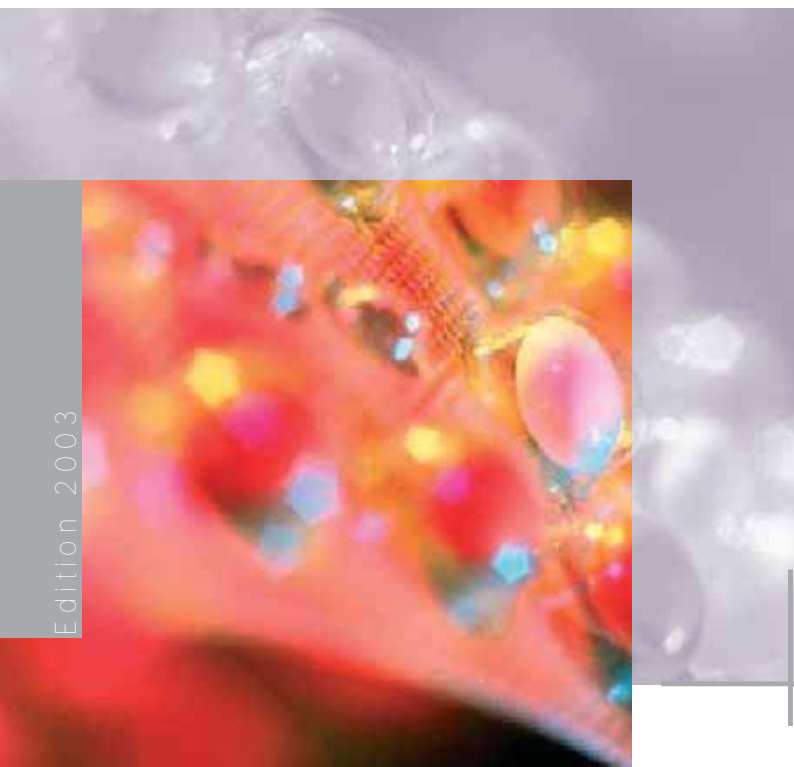
Ils associent un estrogène naturel (le 17β estradiol ou ses dérivés) et un progestatif.

notre avis

Il n'y a pas d'effet néfaste de la pilule sur l'os. Le traitement hormonal de la ménopause est bénéfique pour l'os.



Edition 2003



QUESTION

87
Que sont les biphosphonates ?

■ Les biphosphonates sont des molécules qui ressemblent à un composé physiologique (le pyrophosphate). Ils ont la propriété de se fixer exclusivement dans l'os pour empêcher sa destruction. Ils agissent en bloquant l'activité des cellules appelées ostéoclastes (cf. Question 4). Trois sont commercialisés (cf. Annexes 13, 14 et 15).

QUESTION

88
Quelles sont les précautions à prendre lors d'un traitement par biphosphonate ?

■ Les biphosphonates se prennent en comprimé, 1 fois par jour ou 1 fois par semaine. Le tube digestif laisse pénétrer dans l'organisme moins de 1 % de la dose prise par la bouche. Il est donc indispensable de respecter strictement les conditions de prise que vous a expliquées votre médecin. Le comprimé doit être pris à jeun de préférence

une demi-heure avant le petit déjeuner, en position assise ou debout, sans s'allonger ni se pencher en avant dans la demi-heure suivante, avec un très grand verre d'eau peu minéralisée.

notre avis

Suivez très précisément les consignes de prise, même si vous avez une activité débordante, car l'efficacité du traitement en dépend beaucoup.

QUESTION

89
Combien de temps faut-il prendre les biphosphonates ?

■ Il n'y a pas de recommandation précise, la durée du traitement dépendant de l'importance de l'ostéoporose.

notre avis

Trois ans au moins sont nécessaires pour obtenir un bon effet osseux.

QUESTION

90
Peut-on associer le traitement hormonal et les biphosphonates ?

■ **OUI**, ces deux médicaments peuvent être associés et les effets indésirables ne sont pas les mêmes.

notre avis

Nous ne recommandons pas la mise en route des deux traitements en même temps.

Question

91

Qu'est-ce qu'un SERM ?

■ Les SERMs (*Selective Estrogen Receptor Modulator*) sont des médicaments capables d'agir de manière différente dans différents organes. D'autres termes sont utilisés : agonistes ou analogues des estrogènes. Ils agissent comme un estrogène dans l'os et les vaisseaux, mais ont l'action inverse des estrogènes dans l'utérus et dans le sein. En théorie, ces molécules ont un rôle protecteur contre l'ostéoporose et les maladies vasculaires, sans augmenter, voire en diminuant, le risque de cancer de l'utérus ou du sein. En revanche, ils n'ont pas d'effet sur les bouffées de chaleur et, comme les estrogènes, ils augmentent légèrement le risque de phlébite.

À ce jour, un seul SERM a été évalué et commercialisé : le raloxifène (Evista® et Optruma®), en raison de son bénéfice osseux.

Question

92

Quels sont les effets des SERMs sur le squelette ?

■ Un SERM, le raloxifène, a été évalué : il ralentit la perte osseuse, consolide les os et diminue le risque de fracture vertébrale. Le traitement repose sur la prise d'un comprimé par jour et ne nécessite pas de précautions particulières.

Question

93

Faut-il surveiller régulièrement l'évolution de l'ostéoporose par des examens biologiques ?

■ **NON**, dans l'ostéoporose banale, à condition que les examens biologiques aient été réalisés lors du diagnostic de la maladie. L'ostéoporose n'est pas toujours due à la

ménopause et des examens sont indispensables avant de mettre en route un traitement (cf. Question 15). Si ces examens biologiques sont normaux, il n'y a pas de raison de les surveiller, sauf cas particulier estimé par le médecin.

notre avis

Si un examen devait être pratiqué, ce serait le taux de calcium dans le sang et les urines pour dépister une anomalie qui peut gêner le traitement de l'ostéoporose.

Question

94

Faut-il surveiller le taux de calcium dans le sang lorsque l'on prend du calcium en comprimé ?

■ **NON**, de manière systématique, à condition d'avoir vérifié, avant le début du traitement, que le calcium dans le sang et les urines est normal.

notre avis

Il y a toujours des cas particuliers...

Question

95

Existe-t-il des médicaments néfastes pour l'os ?

■ Très peu. Le seul important est la cortisone (cf. Questions 96 et 97). D'autres ont été incriminés, en particulier lors de leur prise très prolongée : gardénaï, phénylhydantoïne, héparine... Il n'est pas question de les arrêter, mais ce point sera certainement relevé dans votre dossier médical.

Il faut mettre à part les médicaments néfastes... parce qu'ils favorisent les chutes, en provoquant des vertiges

ou des baisses trop importantes de tension (cf. Question 67).

notre avis

Précisez toujours à votre médecin la totalité de vos médicaments.

question

La cortisone donne-t-elle toujours de l'ostéoporose ?

96



■ La prise de cortisone au long cours, surtout si les doses sont élevées, peut entraîner une perte osseuse. Elle survient surtout au début du traitement. Elle est cependant imprévisible car il existe une grande variabilité d'un patient à l'autre. L'enfant et la femme sont les plus exposés. Nous ne disposons pas d'éléments

permettant de prédire l'évolution vers une ostéoporose. Par conséquent, votre médecin vous proposera des examens biologiques, avant d'instituer un traitement au long cours et à doses élevées de cortisone. Une densitométrie est utile. De simples mesures d'hygiène de vie sont toujours indispensables : manger beaucoup de calcium, pas trop de sel et faire un exercice physique régulier en charge (marche, etc.). Selon les résultats des examens, votre médecin vous donnera des médicaments (cf. Question 97).

notre avis

La prise de cortisone pendant quelques jours (pour une sinusite par exemple) ou une injection locale de cortisone (infiltration) n'entraînent pas d'ostéoporose. La cortisone donne de l'ostéoporose lorsqu'elle est prescrite à fortes doses et/ou pendant plusieurs mois. C'est la dose cumulée de cortisone qui peut être néfaste pour l'os. Cependant, la dose minimale n'entraînant pas de perte osseuse n'est pas encore déterminée.

question

Peut-on empêcher la survenue de l'ostéoporose lorsque l'on prend de la cortisone ?

97

■ Lors de la mise en route d'un traitement par la cortisone par la bouche, pour une période prévue de plusieurs mois, il faut penser à la prévention de l'ostéoporose, au même titre que l'on pense au régime sans sel. Il est d'abord nécessaire de contrôler les carences : en hormone, si vous êtes ménopausée et si votre maladie ne contre-indique pas le traitement hormonal ; en calcium, si l'alimentation est insuffisante (pour arriver à un apport de 1 200-1 500 mg/j) ; en vitamine D enfin, car la maladie nécessitant un traitement à la cortisone peut empêcher un ensoleillement suffisant.

Si vous êtes ménopausée et que vous recevez de fortes doses de cortisone, un traitement par biphosphonate (cf. Question 86) peut s'envisager d'emblée. Si vous n'êtes pas encore ménopausée ou si vous êtes un homme, la densitométrie aidera à décider d'un tel traitement.

notre avis

Le moyen le plus efficace pour empêcher l'ostéoporose cortisonique... c'est de prendre le moins de cortisone possible ! Votre médecin cherchera avec vous la dose minimale nécessaire pour contrôler votre maladie...

question

Peut-on bénéficier d'une aide à domicile pour les tâches ménagères si l'on est atteint d'ostéoporose ?

98

■ Quand l'ostéoporose est responsable de fractures invalidantes, on peut solliciter une aide à domicile. On entend par aide à domicile : l'aide ménagère, l'aide familiale, la garde-malade.

Pour entrer en contact avec la personne capable d'assurer cette fonction, il faut aller à la mairie ou s'adresser

à des associations spécialisées. Une demande écrite par votre médecin, précisant l'importance et la durée de l'aide nécessaire, doit en règle accompagner vos démarches.

Le financement d'une aide à domicile dépend du statut. Les personnes retraitées peuvent bénéficier dans certaines conditions d'un forfait d'heures pris en charge par leur centre de Sécurité sociale et éventuellement leur mutuelle. Les personnes encore en activité ou reconnues invalides peuvent demander une aide financière exceptionnelle auprès de la Sécurité sociale.

notre avis

Si vous pensez pouvoir ou devoir bénéficier d'une telle aide, contactez un(e) assistant(e) social(e).

question

Peut-on être pris en charge à 100 % quand on a une ostéoporose et que veut dire "prise en charge à 100 %" ?

■ L'ostéoporose n'est pas une maladie systématiquement prise en charge à 100 %. Seule une ostéoporose évolutive et sévère, responsable de fractures et justifiant des traitements coûteux et prolongés, peut justifier une prise en charge à 100 %. Cet avantage n'intéresse donc qu'une très modeste proportion de patients souffrant d'ostéoporose.

La demande de prise en charge à 100 % est établie par le médecin et accordée par le médecin conseil de la Sécurité sociale. Les malades "ayants droit" comme les malades "assurés" peuvent bénéficier du remboursement des soins à 100 %. Cet avantage n'est pas définitif et la demande doit être renouvelée régulièrement.

Être pris en charge à 100 % signifie que les soins (médicaments, consultations médicales, examens sanguins, radiologiques ou autres, rééducation, séjours à l'hôpital, etc.) sont totalement remboursés. Mais attention! La Sécurité sociale a défini un tarif pour chaque médicament, chaque acte médical ou paramédical... et c'est ce montant défini par la Sécurité sociale (TIPS : tarif de responsabilité ou tarif interministériel des prestations sanitaires) qui est remboursé à 100 %. Ainsi, par exemple, si vous êtes soigné par un médecin dont la consultation coûte plus

cher que le montant fixé par la Sécurité sociale (médecin conventionné secteur II), le "dépassement d'honoraires" est à votre charge (il est remboursé par votre mutuelle si vous avez choisi d'en prendre une).

Si vous êtes prise en charge à 100 % pour l'ostéoporose, cela signifie que seuls les soins en rapport avec l'ostéoporose sont totalement remboursés. Par exemple, le traitement d'une hypertension artérielle associée n'est pas remboursé à 100 % : il faut payer le ticket modérateur (frais remboursés par votre mutuelle éventuellement).

notre avis

Si vous êtes amené(e) à engager des frais importants, contactez un(e) assistant(e) social(e) pour préciser les conditions de remboursement.

question

100

Est-il souhaitable de consulter un(e) assistant(e) social(e) quand on a une ostéoporose et comment peut-on solliciter son aide ?

■ La complexité du système social et la multiplicité des aides offertes aux patients justifient que des professionnels aident les patients. Ces professionnels sont les assistants sociaux.

L'assistant(e) social(e) informe des droits et des aides existants en fonction de l'état de santé de la personne, de son statut social, du lieu de leur habitat et de bien d'autres paramètres encore.

Si vous rencontrez des difficultés diverses (problème financier, professionnel, etc.), vous pouvez faire appel à un(e) assistant(e) social(e).

L'assistant(e) social(e) intervient sur plusieurs volets :

- ouverture des droits, rétablissement ou maintien des droits aux soins, mutuelles, carte santé, demande de carte d'invalidité, etc. ;

- aide à la reconnaissance du handicap auprès de la COTOREP (demande de carte station debout pénible, de carte d'invalidité donnant accès au macaron GIC, etc.), maintien à domicile et mise en place éventuelle des aides financières nécessaires (aménagement du domicile, aides techniques...), etc.

- information concernant les associations de malades pouvant vous aider...

Ainsi, un(e) assistant(e) social(e) peut vous informer, vous conseiller, vous orienter et vous soutenir, ce qui permet une meilleure adaptation à tout changement de situation.

Si vous êtes hospitalisé, il est relativement facile de voir l'assistant(e) social(e) qui est rattaché(e) au service hospitalier qui vous accueille. Si vous n'êtes pas hospitalisé, vous pouvez solliciter les assistants sociaux exerçant auprès de votre mairie ou auprès de votre centre de Sécurité sociale.

Liste des annexes

- Annexe 1] Apports calciques recommandés en fonction de l'âge
- Annexe 2] Calcul de vos apports calciques quotidiens
- Annexe 2^{bis}] Vos apports calciques quotidiens
- Annexe 3] La portion de produit laitier : exemples d'équivalences calcium-calories
- Annexe 4] La portion de produit laitier : exemples d'équivalences calcium-calories pour les fromages
- Annexe 5] Choix des principales eaux minérales riches en calcium et peu salées
- Annexe 6] Conseils alimentaires
- Annexe 7] Aliments particulièrement riches en sel à éviter ou limiter
- Annexe 8] Exemple de répartition journalière apportant 5 à 8 g de sel (NaCl)
- Annexe 9] Principaux médicaments contenant du calcium
- Annexe 10] Principales vitamines D
- Annexe 11] Principales associations calcium + vitamine D
- Annexe 12] Principaux traitements hormonaux : produits disponibles
- Annexe 13] Traitement de l'ostéoporose post-ménopausique : alendronate monosodique
- Annexe 14] Traitement de l'ostéoporose post-ménopausique : étidronate disodique
- Annexe 15] Traitement de l'ostéoporose post-ménopausique : risédronate monosodique
- Annexe 16] Traitement de l'ostéoporose post-ménopausique : raloxifène
- Annexe 17] Principaux médicaments luttant contre les douleurs (antalgiques)
- Annexe 18] Principaux antalgiques contenant un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS)
- Annexe 19] Autres antalgiques plus puissants
- Annexe 20] Antalgiques très puissants parfois utilisés