

L'objectif des traitements de l'ostéoporose est de réduire le risque de fracture chez les patientes dont le risque est trop élevé

Le traitement doit être adapté en fonction de ce risque, les principes de prévention avec une alimentation variée et riche en calcium et une activité physique régulière restent valables quelle que soit la situation.

Les médicaments comprenant du calcium et de la vitamine D sont nécessaires chez les patientes ayant des apports insuffisants. Ils ne sont pas suffisants pour traiter une ostéoporose. Ils sont en revanche importants en complément des traitements de l'ostéoporose.

Le traitement médicamenteux de l'ostéoporose a fait beaucoup de progrès ces dernières années : il existe maintenant différents médicaments qui ont clairement démontré leur efficacité pour réduire le risque de fractures ostéoporotiques.

Conseils

- **Un traitement de l'ostéoporose**, comme un traitement de l'hypertension artérielle, doit être pris régulièrement et de façon prolongée, pour être efficace. Ceci ne signifie pas que vous aurez le même médicament « toute votre vie ».
- **Attention**, près de la moitié des patientes abandonnent le traitement dans la première année de prescription. C'est totalement insuffisant pour tirer bénéfice de son efficacité.
- **Votre médecin pourra vous conseiller** sur le choix du traitement le plus adapté à votre cas.
- **Votre médecin vous précisera** les conditions de prise des traitements. Celles-ci sont à respecter scrupuleusement car la bonne efficacité et la bonne tolérance des traitements en dépendent.



Les Traitements de l'Ostéoporose

Schématiquement, on distingue 3 grands types de traitement selon leur mode d'action :

1 Les traitements qui freinent la perte osseuse observée à la ménopause :

Le traitement hormonal de la ménopause (estradiol par voie orale ou cutanée ou nasale) dont l'utilisation est maintenant limitée aux femmes ayant des symptômes liés à la ménopause compte tenu de son rapport bénéfice risque.

Le raloxifène en prise quotidienne, un médicament qui peut également avoir des effets bénéfiques sur d'autres cibles que le squelette, notamment la prévention du cancer du sein.

La famille des bisphosphonates (alendronate, risédronate, ibandronate, zolédronate) qui constitue la famille de référence actuelle, administrée selon le traitement en comprimé une fois par semaine ou par mois, en injection trimestrielle ou en perfusion annuelle.

2 Les traitements qui stimulent la formation d'os nouveau :

Le téraparatide (hormone parathyroïdienne) administré par injections sous-cutanées quotidiennes pour une durée maximale de 18 mois dans le traitement des ostéoporoses sévères.

3 Les traitements qui agissent à la fois sur la formation et la résorption osseuses :

Le ranélate de strontium en prise quotidienne.

L'efficacité du traitement

L'évaluation de l'efficacité des traitements de l'ostéoporose n'est pas simple. Votre médecin s'assure au cours des visites de suivi que vous continuez de prendre régulièrement votre traitement et peut revoir avec vous les modalités de prise qui conditionnent ses effets.

Sous traitement, il est le plus souvent difficile de déduire de la variation de densité osseuse la réduction du risque de fracture. C'est pourquoi une nouvelle densitométrie est en fait surtout utile à la fin d'une première séquence de plusieurs années de traitement. Elle permet alors de décider de poursuivre ou d'arrêter le traitement.

Votre médecin peut également utiliser pour le suivi de certains médicaments le dosage de marqueurs sanguins ou urinaires qui reflètent les activités de formation ou de résorption osseuses. Leur intérêt réside notamment dans leur variation rapide qui permet d'en apprécier leur efficacité après quelques mois de traitement seulement.

Les conditions de remboursement

Les traitements de l'ostéoporose post-ménopausique sont indiqués chez les patientes à haut risque de fracture. **Depuis octobre 2006, leurs conditions de remboursement ne se limitent plus à la survenue d'une première fracture** mais bien à des critères cliniques, biologiques, densitométriques permettant d'évaluer ce niveau de risque.

On distingue schématiquement :

– **Les patientes ayant déjà fait une fracture** par fragilité osseuse, car elles sont alors à haut risque de faire de nouvelles fractures, notamment dans l'année qui suit cette fracture.

– **Les patientes n'ayant pas encore fait de fracture** mais ayant une diminution importante de la densité minérale osseuse isolée (elle doit alors être très basse) ou associée à d'autres facteurs de risque de fracture, en particulier : un âge > 60 ans, un traitement prolongé par cortisone, un rapport poids/taille très bas, un antécédent de fracture de l'extrémité du col du fémur chez un parent du premier degré (mère), une ménopause précoce (avant l'âge de 40 ans).

