

Journée Mondiale  
contre  
l'Ostéoporose

20 octobre  
2015



**Ostéoporose :**  
Hommes ou Femmes,  
une même maladie ?



# Journée Mondiale contre l'Ostéoporose

20 octobre  
2015

DOSSIER DE PRESSE  
2015

## SOMMAIRE

### Ostéoporose : hommes ou femmes, une même maladie ?

**Introduction**

**p 3**

**1**

**Epidémiologie de l'ostéoporose masculine**

**p 4**

**2**

**Ostéoporose masculine : savoir y penser**

**p 6**

- On n'a pas les mêmes os, mais on a la même maladie
- Quelles sont les causes ?
- Quelles sont les conséquences ?

**3**

**Comment explorer une ostéoporose chez l'homme ?**

**p 8**

- L'antécédent de fracture de faible traumatisme
- L'ostéodensitométrie chez l'homme
- La recherche exhaustive de causes d'ostéoporose secondaires
- Evaluation du risque de chutes

**Conclusion : la prise en charge des patients**

**p 10**

**Le GRIO**

**p 11**

# Introduction : Ostéoporose : hommes ou femmes, une même maladie ?

*Bernard CORTET  
Département Universitaire  
de Rhumatologie et EA4490  
59045 Lille cedex*

On associe volontiers l'ostéoporose au sexe féminin, ce qui constitue une réalité épidémiologique. Pour autant, les hommes ne sont pas épargnés par cette affection (loin s'en faut). Ainsi il a été démontré que dans la population des sujets de plus de 50 ans, environ 40 % des femmes seront un jour ou l'autre concernées par la survenue d'une fracture ostéoporotique. Dans la population masculine, ce chiffre est de 15 %, ce qui est loin d'être négligeable.

Même s'il existe des similitudes entre l'ostéoporose de la femme ménopausée et de l'homme, il y a également un certain nombre de différences. Ainsi, il a été démontré que certains facteurs de risque d'ostéoporose sont plus fréquemment rencontrés chez l'homme que chez la femme. Il s'agit notamment du tabagisme, mais aussi de l'intoxication éthylique. Ce dernier point est particulièrement important à la fois en termes de fréquence mais aussi du fait que les effets délétères osseux de l'alcool sur le tissu osseux s'exercent par différents mécanismes directs et indirects qui contribuent à aggraver la fragilité osseuse. En outre, et en dehors de ces circonstances, il apparaît important lorsque l'on est confronté à une ostéoporose chez l'homme et particulièrement chez l'homme jeune de réaliser un bilan étiologique afin de dépister une éventuelle ostéoporose secondaire. Il existe dans ce cadre un certain nombre d'affections digestives, hématologiques, endocriniennes, paucisymptomatiques qui peuvent insidieusement atteindre le tissu osseux et être à l'origine d'une fragilité osseuse. En ce qui concerne les moyens de dépistage de l'ostéoporose masculine, comme chez la femme, la densitométrie osseuse occupe une place privilégiée et on dispose d'études de plus en plus nombreuses indiquant que cet outil est un élément important du diagnostic. Ainsi, comme dans la population féminine, une diminution de la densité osseuse est associée à une augmentation conséquente du risque de fracture. De ce point de vue, l'association entre baisse de densité osseuse et augmentation du risque fracturaire est tout à fait comparable chez l'homme et chez la femme.

Il est maintenant bien démontré que certaines fractures ostéoporotiques dites sévères (vertèbre, hanche, bassin, humérus) sont à l'origine d'une augmentation de la mortalité par rapport à la mortalité attendue compte tenu de l'âge de la population concernée. Il a été bien démontré que cette surmortalité est plus conséquente dans la population masculine que dans la population féminine pour différentes raisons incomplètement élucidées.

En ce qui concerne la prise en charge thérapeutique, comme chez la femme, elle repose sur une approche non médicamenteuse (lutte contre les facteurs de risque précédemment mentionnés, adaptation des apports en calcium et en vitamine D, encouragement à réaliser une activité physique ...), mais aussi une approche médicamenteuse. De ce point de vue, au cours de ces dernières années, notre arsenal thérapeutique s'est considérablement enrichi dans le domaine de l'ostéoporose masculine et bon nombre des molécules disponibles chez la femme le sont également chez l'homme. Tous ces points sont détaillés dans ce dossier de presse, et je vous encourage à vous y référer afin d'avoir de plus amples informations sur cette pathologie bien réelle et pour l'heure assez méconnue notamment du grand public.

# Epidémiologie de l'ostéoporose masculine

Erik LEGRAND  
Service de rhumatologie,  
CHU Angers

L'ostéoporose, fragilité osseuse responsable de fractures non traumatiques, est souvent considérée comme une maladie exclusivement féminine car liée à la ménopause. **Cette idée classique est, dans la réalité clinique et épidémiologique, totalement fautive.** Les fractures sont en effet fréquentes chez l'homme en particulier dans 2 périodes bien distinctes de la vie : entre 15 et 30 ans d'une part et après 60 ans d'autre part.

Chez les hommes jeunes, on observe surtout des fractures traumatiques liées aux accidents de la voie publique, du travail et du sport, accidents plus fréquents que chez les femmes jeunes. Après 60 ans, l'incidence des fractures augmente rapidement chez l'homme, suivant une courbe exponentielle en fonction de l'âge. Ces fractures, liées à l'apparition de l'ostéoporose, touchent en particulier les vertèbres, l'extrémité supérieure du fémur, le bassin, le tibia, l'extrémité supérieure de l'humérus et plus rarement le poignet. Comme chez la femme ostéoporotique, ces fractures surviennent spontanément (en particulier pour les fractures vertébrales) ou après un traumatisme minime, le plus souvent une chute de sa hauteur dans son domicile, son jardin ou sur la voie publique.

**En 2013, en France, 177 000 patients, hommes et femmes âgés de plus 50 ans, ont été hospitalisés pour une fracture, dont 54.563 fractures de l'Extrémité Supérieure du Fémur.** Parmi ces patients fracturés et hospitalisés, dont les deux tiers ont plus de 70 ans, on retrouve 25% d'hommes, chiffre qui indique clairement que l'ostéoporose affecte également le sexe masculin. Ces résultats apportés par une étude descriptive exhaustive, à partir de bases Nationales de l'Assurance Maladie, montrent également le retentissement de ces fractures, tous sites anatomiques confondus, avec dans l'année qui suit : 7% de mortalité soit 6325 décès, 12% de nouvelles fractures et 40% de nouvelles hospitalisations. Enfin dans cette étude, le taux de décès à un an est doublé chez les hommes par rapport aux femmes.

## **La prévalence de l'ostéoporose, dans le sexe masculin, dépend évidemment du critère utilisé :**

- une densité osseuse basse (T-score < -2,5) est ainsi retrouvée chez environ 8 à 10% des hommes de plus de 50 ans, avec une prévalence plus élevée au delà de 70 ans
- toujours à partir de 50 ans, on estime que 4 à 6% des hommes présenteront avant la fin de leur vie une fracture de l'extrémité supérieure du fémur, avec un âge moyen de survenue de la fracture de 78 à 80 ans
- la prévalence des fractures vertébrales, estimée à partir d'études radiographiques systématiques, oscille suivant les études entre 12 et 15 % au-delà de 50 ans
- finalement, en prenant en compte l'ensemble des fractures possibles, on peut estimer que 25% environ des hommes (contre 44% des femmes) présenteront une fracture entre 50 ans et la fin de leur vie.

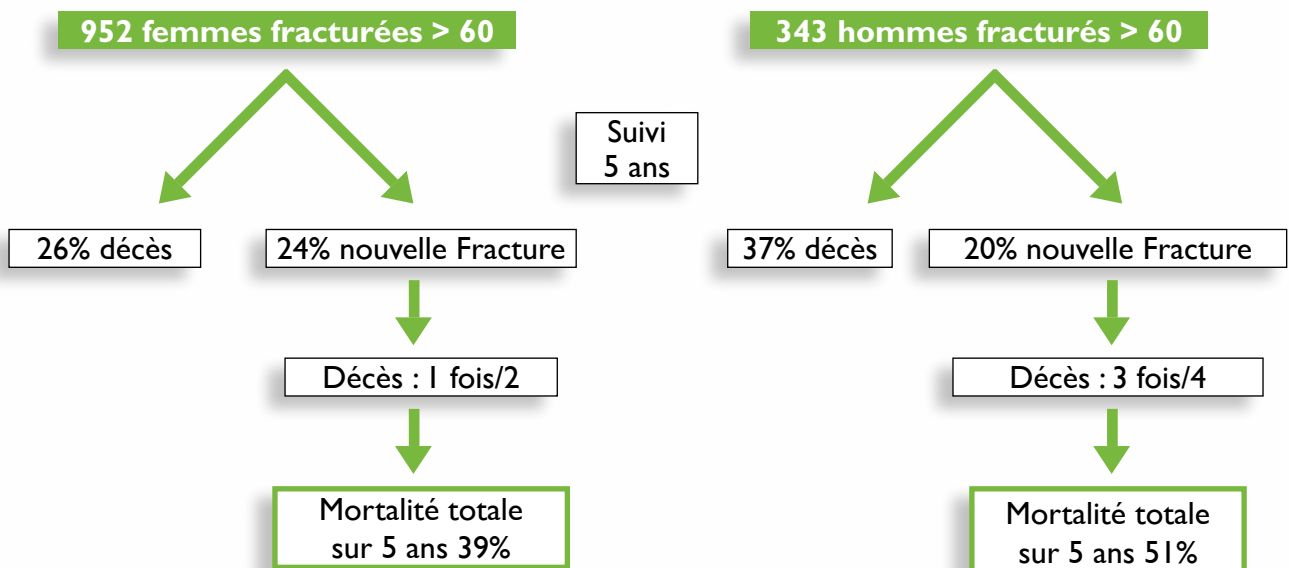
## Les conséquences de ces fractures masculines, un peu moins fréquentes que chez la femme ménopausée, sont toujours plus graves

La mortalité intra-hospitalière (premier mois après la fracture) est doublée chez l'homme après fracture de l'extrémité supérieure du fémur et le taux de mortalité à 1 an est estimé entre 31 et 35% chez l'homme comparé à 17 et 22% chez la femme. Dans une étude récente, la mortalité à 5 ans atteint ainsi 51% chez les hommes fracturés âgés de plus de 60 ans contre 39% chez les femmes du même âge. Un plus grand nombre de comorbidités (pathologies cardiovasculaires, respiratoires...) chez l'homme et la survenue plus fréquente d'infections hospitalières expliqueraient ces différences en terme de pronostic vital. Enfin 30 à 50% des hommes nécessitent une institutionnalisation après la survenue d'une fracture de l'ESF et beaucoup parmi ceux retournant au domicile sont incapables de retrouver leur autonomie antérieure.

### Les fractures sont moins fréquentes chez l'homme

	Le risque cumulé de fracture après 60 ans chez l'homme et chez la femme, après ajustement pour la mortalité	
	Hommes	Femmes
Toutes fractures	25%	44%
Fractures ESF	4%	8,5%
Fracture vertébrale	11%	18%

### Les conséquences des fractures, plus graves chez l'homme



# Ostéoporose masculine : savoir y penser

Julien PACCOU  
Département Universitaire  
de Rhumatologie  
59045 Lille cedex

Le plus souvent, l'ostéoporose est considérée comme une maladie touchant les femmes âgées et survenant après la ménopause (ostéoporose post-ménopausique). Pourtant, les hommes ne sont pas épargnés par l'ostéoporose et la découverte de cette maladie n'est pas exceptionnelle !!! Il s'agit chez l'homme d'une maladie dont les causes sont plus variées et avec des conséquences encore plus graves que chez la femme.

## « On n'a pas les mêmes os, mais on a la même maladie »

Tout au long de leur vie, les hommes ont une masse osseuse plus importante que celle des femmes. De plus, de par leur morphologie, les hommes ont des os plus volumineux que les femmes et donc plus résistants. Les femmes voient leur risque de fracture augmenter essentiellement avec l'âge, en particulier après la ménopause. Il n'y a pas d'équivalent à la ménopause chez l'homme mais par contre, ils voient aussi leur masse osseuse diminuer à partir de 50 ans, en partie à cause d'une baisse de la production de leurs hormones sexuelles, tout particulièrement la testostérone.

## Quelles sont les causes ?

C'est vrai que l'ostéoporose masculine est moins fréquente que l'ostéoporose post-ménopausique. On estime tout de même que 15% des hommes âgés de plus de 50 ans sont touchés par cette maladie. L'une des difficultés pour le médecin, c'est qu'il n'existe pas un profil type de patient dans l'ostéoporose masculine et il faut donc savoir y penser. C'est un peu une version médicale du « Qui est-ce ? ». En effet, à la différence de ce qui est observé chez les femmes, l'ostéoporose chez l'homme est, dans plus d'un cas sur deux (> 50 %), consécutive à une maladie ou à la prise d'un traitement. Les causes les plus fréquentes sont la prise de cortisone, la consommation excessive d'alcool, une baisse importante de la testostérone et les maladies du foie et du tube digestif (tableau 1). L'autre élément important est qu'il y a souvent plusieurs causes associées : l'enquête menée par le médecin doit donc être systématique et ne doit pas s'arrêter à la première cause retrouvée « qui a dit élémentaire ? ». Enfin, dans moins d'un cas sur deux (< 50 %), chez les patients âgés de 30 à 60 ans, aucune cause n'est retrouvée comme étant à l'origine de cette ostéoporose masculine. On parle alors d'ostéoporose masculine « primitive ». Il s'agit d'une maladie relativement mystérieuse avec une participation génétique probable.

### **Quelles sont les conséquences ?**

Depuis plusieurs années, on sait que l'ostéoporose est une maladie fatale. En d'autres termes, la survenue d'une fracture liée à l'ostéoporose entraîne un excès de mortalité dans l'année qui suit cette fracture et même au-delà. En plus, cette maladie est plus souvent fatale chez les hommes !!! Leur taux de mortalité est ainsi deux fois plus élevé après une fracture de la hanche que pour les femmes. D'ailleurs, les hommes sont plus susceptibles que les femmes d'être traités dans un établissement de soins de longue durée à la suite d'une fracture de la hanche. Pourtant, malgré le fait que les fractures de la hanche peuvent être plus dévastatrices chez les hommes que chez les femmes, les hommes sont moins susceptibles d'être évalués pour l'ostéoporose ou de recevoir un traitement à la suite d'une fracture.

**Tableau I**

<b>Causes d'ostéoporose secondaires chez les hommes</b>
Ostéoporose liée à la prise de cortisone
Baisse importante de la testostérone
Consommation excessive d'alcool
Maladies de certaines glandes (thyroïde...)
Maladies du foie et du tube digestif
Certains rhumatismes inflammatoires (polyarthrite rhumatoïde et spondylarthrite ankylosante)
Bronchites chroniques
Médicaments dans le cancer de la prostate

# Comment explorer une ostéoporose chez l'homme ?

*Karine BRIOT  
Service de Rhumatologie,  
Hôpital Cochin, Paris*

En dépit de connaissances récentes, la prise en charge de l'ostéoporose chez l'homme reste difficile : la sous-estimation et la méconnaissance du risque d'ostéoporose, l'intrication de nombreux facteurs étiologiques rendent la démarche diagnostique et l'identification des hommes à risque de fracture plus complexe. L'identification des hommes à risque de fracture est nécessaire car la majorité des traitements anti-ostéoporotiques qui ont prouvé leur efficacité chez les femmes ménopausées est aujourd'hui disponible chez l'homme.

## **L'antécédent de fracture de faible traumatisme**

La survenue d'une fracture de faible traumatisme doit attirer l'attention du médecin car c'est le principal facteur de risque de nouvelle fracture comme chez la femme après la ménopause. C'est également une bonne indication de mesure de la densité minérale osseuse nécessaire pour évaluer le risque de fracture.

## **L'ostéodensitométrie chez l'homme**

La réalisation d'une ostéodensitométrie est remboursée chez l'homme en France dans certaines conditions : antécédent de fracture de faible traumatisme, maladies et traitements inducteurs de l'ostéoporose (Tableau 2). Bien qu'il n'y ait pas de consensus, la définition de l'ostéoporose proposée par l'OMS peut être appliquée chez les hommes.

Comme dans l'ostéoporose postménopausique, le seuil densitométrique de l'ostéoporose (T score  $\leq -2,5$ ) est utile pour faire le diagnostic mais n'est pas suffisant pour prédire le risque de fracture. Chez l'homme, la relation entre la diminution de la densité osseuse mesurée à la colonne lombaire et le risque de fracture est plus inconstante que chez la femme, du fait de la présence de remaniements dégénératifs de la colonne vertébrale qui surestiment la mesure à la colonne vertébrale. Chez l'homme c'est la mesure à la hanche qui est plus prédictive ; ce site est par ailleurs intégré dans le score FRAX<sup>®</sup> destiné à prédire le risque de fracture.

## **La recherche exhaustive de causes d'ostéoporose secondaires**

Compte tenu de la fréquence des causes d'ostéoporose secondaires, la recherche de facteurs de risque et de causes d'ostéoporose secondaire doit être systématique. Plusieurs facteurs de risque peuvent être associés et l'enquête diagnostique systématique, ne doit pas s'arrêter à la première étiologie... Le risque de fracture est corrélé aux anomalies de l'architecture osseuse et au nombre de facteurs de risque. Les causes les plus fréquentes d'ostéoporoses secondaires sont la prise de corticoïdes, l'alcoolisme, l'hypogonadisme et les maladies hépatiques et digestives chroniques. En l'absence de signes d'orientation, un examen sanguin plus large que celui réalisé chez la femme est nécessaire. Le dosage de testostérone peut être réalisé chez les hommes plus jeunes (< 50 ans) ou en cas de symptômes. Une exploration du fer à la recherche d'une surcharge en fer (hémochromatose) étiologie d'ostéoporose masculine est également réalisée.



A la différence des femmes, l'ostéoporose est dans environ un cas sur deux secondaire à une maladie, à la prise d'un traitement ou à l'exposition à un facteur de risque. Une étude conduite chez des hommes suivis pour ostéoporose a montré que les facteurs de risque d'ostéoporose les plus fréquents sont : le tabagisme, les apports calciques insuffisants, l'insuffisance en vitamine D et les maladies pulmonaires chroniques.

### **Evaluation du risque de chutes.**

Chez l'homme il existe une relation significative entre le niveau de performance physique (force musculaire, équilibre) et le risque de fracture de hanche. Les facteurs de risque de chutes sont des déterminants majeurs du risque de fractures chez les sujets plus âgés. Chez l'homme âgé de plus de 70 ans, l'existence d'une maladie neurosensorielle à l'origine de chutes multiplie le risque de fracture du col fémoral par 5 à 7. La prise en charge du risque de chutes est donc indispensable à la prévention du risque de fracture. Des programmes d'exercices physiques ont montré leur capacité à réduire le risque de chutes et de fracture chez l'homme.

### **En conclusion**

Compte tenu d'un allongement de l'espérance de vie des hommes, des conséquences liées aux fractures et de la mise à disposition des traitements anti-ostéoporotiques, l'identification des hommes à risque de fracture est nécessaire. Cette identification repose sur l'identification des facteurs de risque, souvent intriqués, la recherche de causes d'ostéoporoses et la mesure de la densité osseuse.

## **Tableau 2**

*Indications remboursées de l'ostéodensitométrie chez l'homme quel que soit l'âge  
(Décision du 29 juin 2006 de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie, JO du 30 juin 2006).*

<b>a) En cas de signes d'ostéoporose:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Découverte ou confirmation radiologique d'une fracture (ou déformation) vertébrale sans contexte traumatique</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antécédent personnel de fracture périphérique survenue sans traumatisme majeur (à l'exclusion des fractures du crâne, des orteils, des doigts, du rachis cervical)</li> </ul>
<b>b) En cas de pathologie ou traitement potentiellement inducteur d'ostéoporose :</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Corticothérapie systémique <math>\geq</math> 3 mois consécutifs, dose <math>&gt;7,5\text{mg/j}</math> d'équivalent-prednisone</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antécédent documenté de pathologie ou de traitement potentiellement inducteur d'ostéoporose :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- hypogonadisme prolongé (incluant l'androgénoprivation chirurgicale [orchidectomie] ou médicamenteuse [traitement prolongé par un analogue de la Gn-Rh]),</li> <li>- hyperthyroïdie évolutive non traitée,</li> <li>- hypercorticisme,</li> <li>- hyperparathyroïdie primitive</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ostéogenèse imparfaite.</li> </ul>

## Conclusion : la prise en charge des patients

*Karine BRIOT  
Service de Rhumatologie,  
Hôpital Cochin, Paris*

Bien que longtemps considérée comme une maladie osseuse touchant la femme, l'ostéoporose masculine est bien une maladie dont les conséquences sont plus graves en cas de fractures sévères car ces fractures surviennent le plus souvent chez l'homme sur un terrain « fragile » avec de nombreuses maladies associées.

L'identification est cependant nécessaire et utile car la majorité des traitements anti-ostéoporotiques qui ont prouvé leur efficacité chez les femmes ménopausées est aujourd'hui disponible chez l'homme. L'indication d'un traitement anti-ostéoporotique doit être discutée sur la base d'une estimation individuelle du risque de fracture ostéoporotique. Deux situations de risque fracturaire très différentes sont à distinguer:  
Il existe un antécédent de fracture ostéoporotique : dans ce cas le risque de nouvelle fracture est important et la prise en charge thérapeutique ne se discute pas.  
Il n'existe pas d'antécédent de fracture : dans ce cas la quantification du risque fracturaire est plus complexe ; il faut tenir compte du résultat de la densitométrie, des facteurs de risque cliniques de fractures. Le calcul du FRAX® peut être utile mais il n'existe pas de seuil validé pour la décision thérapeutique chez l'homme.

La prise en charge non pharmacologique est bien entendu nécessaire : apports calciques suffisants, supplémentation en vitamine D, éviction des facteurs de risque (alcool, tabac) et une activité physique destinée à prévenir les chutes.



## Le site du GRIO : [www.grio.org](http://www.grio.org)

On trouvera sur le site du GRIO des espaces spécialisés :

### **L'espace grand-public**

- permet d'effectuer des tests en ligne
- permet de consulter les dépliants d'informations édités par le GRIO
- permet de visionner 3 films d'information :
  - Ostéoporose, les signes d'appel
  - Le diagnostic de l'ostéoporose
  - Prévenir l'ostéoporose.

### **L'espace presse**

- donne accès à une base iconographique,
- contient les communiqués du GRIO
- donne accès aux communiqués et dossiers de presse édités lors des précédentes Journées Mondiales contre l'Ostéoporose (JMO)

### **L'espace membres du GRIO**

n'est pas directement accessible.

Il contient une base bibliographique importante, des exposés et des publications scientifiques.



### **Les Partenaires du GRIO :**

Amgen SAS, G E Healthcare-Lunar, Lilly France, Mayoly Spindler, MSD France, Roche Diagnostics France, Rottapharm France, Yoplait France.

# La Journée Mondiale contre l'Ostéoporose

est coordonnée en France par le **GRIO**,  
**Groupe de Recherche et d'Information sur les Ostéoporoses**,

Association loi de 1901 créée il y a plus de 20 ans avec pour objectif non pas l'ostéoporose  
mais les ostéoporoses.

## **Les objectifs du GRIO concernent :**

Le grand public,

en particulier participer aux actions d'information, de sensibilisation du Grand Public et des Pouvoirs  
Publics aux possibilités de prévention et d'action contre cette pathologie.

Le corps médical, avec pour but l'information concernant les faits établis, les progrès en cours et à  
venir tant dans le domaine diagnostique que thérapeutique.

**Président :** Pr Bernard CORTET - Rhumatologue - CHRU Lille

## **Groupe Projet JMO 2015**

Dr Karine BRIOT - Rhumatologue - CHU Cochin - Paris

Pr Martine COHEN-SOLAL - Rhumatologue - CHU Lariboisière - Paris

Pr Erik LEGRAND - Rhumatologue - CHU Angers

Dr Julien PACCOU - Rhumatologue - CHRU Lille

Pr Thierry THOMAS - Rhumatologue - CHU St Etienne

Dr Florence TREMOLLIÈRES - Endocrinologue - CHU Toulouse



**Contact Presse :** Catherine Marielle Communication

Immeuble Verdi 4156 - 19 avenue de Choisy - 75013 Paris - Tel. 01 43 21 03 60  
catherine-marielle@wanadoo.fr

**Réalisation Dossier de Presse :**

DIBCO - 15 rue du Colonel Moll - 75017 Paris - dibco@orange.fr