

Suivi de l'ostéoporose et durée prévisionnelle des traitements

Pour être efficaces, les traitements de l'ostéoporose doivent être pris régulièrement, comme pour toute maladie chronique.

Le suivi comprend la mesure de la taille tous les ans, l'évaluation de l'observance au traitement et de sa bonne tolérance, le suivi bucco dentaire, une surveillance biologique variable selon les traitements et un contrôle de la densité minérale osseuse 2 à 3 ans après l'instauration du traitement (essentiel pour évaluer l'efficacité). L'ostéoporose étant une maladie chronique, les traitements anti ostéoporotiques doivent être pris pendant plusieurs années.

La durée optimale est variable d'un patient à l'autre en fonction notamment de son âge, de ses antécédents fracturaires, du niveau initial de la densité minérale osseuse et de la qualité de la réponse au traitement.

Mon ostéoporose, je m'en occupe !

L'ostéoporose est une maladie qui doit être diagnostiquée, évaluée puis traitée. Le traitement à la fois pharmacologique et non pharmacologique doit être suivi régulièrement pour être efficace. Les traitements médicamenteux sont réservés aux patientes et patients à risque élevé de fracture. Ils peuvent être à l'origine d'événements indésirables dont les plus graves sont rapportés ci-dessous.

Le médecin doit informer le patient et assurer la surveillance. La prise en considération de l'ensemble de ces éléments détermine le rapport bénéfices/risques de ces traitements qui justifie leur prescription.

La survenue d'ostéonécroses de la mâchoire est un événement indésirable connu au cours de la prise de bisphosphonates et du dénosumab. Il est rare, de l'ordre de 1 cas pour 10 000 patients-années traités. Il est recommandé un bilan dentaire préalable et une surveillance annuelle par le dentiste (comme en population générale) ainsi qu'une bonne hygiène dentaire. Le traitement oestrogénique de la ménopause par voie orale ainsi que le raloxifène augmentent le risque de thromboses veineuses et d'embolies pulmonaires.

Une discussion approfondie avec votre médecin est indispensable pour obtenir la solution qui est adaptée pour vous.



Les Traitements médicamenteux de l'Ostéoporose



Les traitements médicamenteux de l'ostéoporose

Plusieurs traitements sont disponibles et efficaces pour lutter contre l'ostéoporose dont le but est de réduire le risque de fracture.

Ils peuvent agir soit en inhibant la résorption d'os soit en stimulant sa formation.

En discuter avec votre médecin permettra, dans votre cas, de choisir celui qui est le plus adapté pour vous. Il pourra vous expliquer de manière spécifique les bénéfices et les risques des traitements susceptibles de vous être prescrits.

Quel que soit le traitement choisi, une supplémentation en vitamine D et un régime alimentaire avec des apports suffisants en calcium et plus généralement une diététique adaptée sont nécessaires en complément des traitements de l'ostéoporose pour obtenir leur meilleure efficacité sur le squelette.

De même, tabagisme et consommation excessive d'alcool sont à éviter. L'éviction d'autres facteurs de risque tels que la maigreur excessive, la sédentarité... sera également importante pour améliorer l'efficacité des traitements.

Enfin, une activité physique comportant des impacts avec le sol comme la marche, la course, la danse ou renforçant l'équilibre comme le tai-chi ou la gymnastique est fortement recommandée.

Cinq types de traitements sont actuellement disponibles

Les traitements de l'ostéoporose sont remboursés par l'assurance maladie à hauteur de 65% dans des conditions spécifiques et différentes selon les médicaments. Sont résumés ci-dessous le mode d'action, les indications et les éventuelles conditions de remboursement de ces traitements.

En fonction de leur mode d'action, on distingue 2 classes de traitements

1 Ceux qui freinent la perte osseuse :

Les bisphosphonates

Les bisphosphonates bloquent l'action des cellules qui détruisent l'os ancien (les ostéoclastes).

L'alendronate oral, le risédronate oral et l'acide zolédronique par voie injectable annuel augmentent la densité minérale osseuse et ont montré leur efficacité pour prévenir les fractures (tous les types de fractures dont les fractures vertébrales et de la hanche). Ils sont efficaces chez les femmes qui ont une ostéoporose liée à la ménopause ainsi que chez les hommes ostéoporotiques. Ils sont également efficaces pour prévenir la perte osseuse sous corticoïdes chez les hommes et les femmes à tout âge (seuls le risédronate et l'acide zolédronique sont remboursés dans cette indication).

Le dénosumab

Cet anticorps empêche le développement et l'activité des cellules qui détruisent l'os ancien (les ostéoclastes), en inhibant le rôle d'une protéine fondamentale dans ce processus, le RANK-Ligand. Le dénosumab augmente la densité minérale osseuse et réduit le risque de fracture vertébrale, de la hanche et des fractures non vertébrales chez les femmes atteintes d'ostéoporose postménopausique, chez les hommes et dans l'ostéoporose cortico-induite. Administré par injections semestrielles par voie sous-cutanée, ce médicament est remboursé uniquement chez les femmes après la ménopause en relais des bisphosphonates, notamment en cas d'échec ou d'intolérance. Son interruption quel qu'en soit le motif nécessite la mise sous un traitement par bisphosphonates.

Un modulateur sélectif des récepteurs aux oestrogènes

Le raloxifène agit sur l'os en diminuant l'activité des cellules qui détruisent l'os ancien. Il diminue le risque de fracture vertébrale mais n'a pas d'efficacité démontrée sur le risque de fractures nonvertébrales chez les femmes avec une ostéoporose post-ménopausique. Son mécanisme d'action lui confère d'autres propriétés,

notamment une efficacité démontrée de diminution du risque de cancer du sein (particulièrement en présence de récepteurs aux oestrogènes). Compte-tenu de ces propriétés, il est remboursé jusqu'à 70 ans.

L'hormonothérapie ou traitement hormonal de la ménopause

Le traitement hormonal de la ménopause agit sur de nombreux tissus, notamment le tissu osseux mais son utilisation dans la prise en charge de l'ostéoporose est aujourd'hui limitée, particulièrement à distance de la ménopause. Entre 50 et 60 ans, son indication principale est le soulagement des symptômes de la ménopause (bouffées de chaleur, sueurs nocturnes...). Le traitement hormonal de la ménopause prévient la perte osseuse post-ménopausique et sa balance bénéfices/risques est favorable chez une femme de moins de 60 ans ou ménopausée depuis moins de 10 ans.

2 Ceux qui stimulent la formation osseuse :

La parathormone injectable sous cutanée

Actuellement, le tériparatide, séquence active de la parathormone humaine endogène, est le seul médicament disponible stimulant la formation osseuse, en agissant sur les cellules qui fabriquent le tissu osseux (ostéoblastes). Il améliore la densité minérale osseuse et réduit le risque de fracture vertébrale et non vertébrale. Ses indications sont le traitement de l'ostéoporose chez les patients à risque élevé de fracture (ostéoporose post-ménopausique et ostéoporose masculine) et le traitement de l'ostéoporose cortisonique chez les femmes et les hommes à risque élevé de fracture recevant une corticothérapie au long cours par voie générale. Ce médicament, administré en sous-cutanée quotidienne, est remboursé pour 18 mois seulement chez les personnes ayant au moins deux fractures vertébrales. A l'issue de cette durée, ce traitement doit être relayé par un traitement freinant la perte osseuse, bisphosphonates ou dénosumab.