

Ostéoporose masculine : les propositions du GRIO

Ostéoporose de l'homme : quel traitement ? Martine COHEN-SOLAL et Marie-Christine de VERNEJOUL, INSERM U349 et Fédération de Rhumatologie, Hôpital Lariboisière

L'ostéoporose de l'homme se caractérise par l'incertitude où nous sommes du seuil des valeurs de densitométrie osseuse associées à un risque fracturaire important et à la fréquence des pathologies associées. Il n'existe pas chez l'homme d'étude ayant comme critère primaire l'évaluation des fractures. Bien évidemment l'attitude thérapeutique ne devrait pas être la même chez les sujets de moins de 65 ans (ostéoporose idiopathique de l'homme), dans les ostéoporoses secondaires et chez les patients ayant une ostéoporose à plus de 65 ans.

Chez les **sujets de moins de 65 ans**, le plus souvent l'ostéoporose est soit secondaire, soit due à un capital osseux diminué comme en témoigne la prévalence important de valeur diminuée dans leur famille. L'attitude thérapeutique la plus adaptée n'est alors pas aisée à déterminer car l'association avec des fractures n'est pas constante et le risque fracturaire ultérieur n'est pas aisé à évaluer. Il est suspecté que ces ostéoporoses sont dues à une formation osseuse diminuée et dans une petite étude (n=23) chez des hommes avec une ostéoporose idiopathique ayant en moyenne 50 ans la parathormone entraîne une augmentation spectaculaire de la densité osseuse par rapport au placebo ([Kurland et al, JCEM 2000](#)).

Les causes des **ostéoporoses secondaires** doivent tant que possible être traitées (traitement de hypogonadismes, diminution de la dose de corticoïdes) mais souvent ces mesures ne suffisent pas à rétablir une densité osseuse normale et un traitement ayant fait ses preuves dans des situations identiques chez la femme (bisphosphonates) pourrait être envisagé.

Chez les **sujets de plus de 65 ans**, il n'y a pas d'essai thérapeutique. L'alendronate ([Orwoll et al, New Engl J Med 2000](#)) induit une augmentation de la densité osseuse chez des patients âgés en moyenne de 63 ans dont 30 % sont hypogonadiques. Cette étude randomisée n'avait pas une puissance suffisante (n=241) pour permettre d'évaluer les fractures vertébrales ou périphériques. Une prévention de la fracture du col chez l'homme serait cependant importante car la mortalité de ces fractures chez l'homme est beaucoup plus importante que chez la femme. D'une manière pragmatique, chez un homme ayant un antécédent de fracture ostéoporotique et une densité osseuse diminuée, la prévention des fractures ultérieures s'impose et un traitement par bisphosphonate est logique.

D'une manière générale, quel que soit l'âge de sujets, des **mesures préventives simples**, déduites des données de la littérature, s'imposent. Le tabagisme, un facteur de risque majeur de l'ostéoporose de l'homme, un régime pauvre en calcium et un poids corporel faible sont associés à la survenue de fractures chez l'homme. La supplémentation en calcium et vitamine D devrait être utilisée chez les hommes âgés, mais n'a pas fait l'objet d'études dans ces populations. Les diurétiques thiazidique augmentant faiblement la densité osseuse chez les hommes âgés indépendamment de la présence d'une hypercalcémie et peuvent être utilisés mais leur efficacité pour prévenir les fractures n'est pas démontrée. Il n'y a pas d'intérêt à utiliser des dérivés 1 hydroxyles de la vitamine D qui sont susceptibles d'induire des hypercalcémies et des lithiases. Une hypoestrogénie pourrait participer à la physiopathologie de l'ostéoporose de l'homme âgé et les SERM auront peut-être un rôle à jouer dans le traitement de cette pathologie.