

Note de presse

Paris, février 1997

Ostéoporose : stratégies de prévention et de traitement

Une expertise collective de l'Inserm

L'INSERM a réalisé une expertise collective intitulée "Ostéoporose : stratégies de prévention et de traitement".

Cette expertise a été entreprise à la demande de la Direction Générale de la Santé (DGS) pour l'aider à définir de nouvelles actions de dépistage, de prévention et de traitement.

Pour répondre à cette demande, l'INSERM a mis en place un groupe de travail pluridisciplinaire rassemblant 13 chercheurs ou cliniciens, épidémiologistes, biologistes, économistes, rhumatologues, gynécologues et gériatologues (la composition du groupe est en annexe).

Ces experts ont analysé et critiqué la littérature scientifique existant sur le sujet, soit plus de 1000 articles.

L'ostéoporose, qui se caractérise par une perte osseuse entraînant une fragilité des os, constitue un problème de santé publique considérable, tant par la proportion croissante de femmes qui en est atteinte que par ses répercussions sur la qualité de vie. Au moins 3 millions de Françaises (30 à 40% des femmes ménopausées) sont touchées par l'ostéoporose. Après 75 ans, plus de la moitié des femmes en est atteinte. On estime que le nombre de personnes victimes, en France, d'une fracture de l'extrémité supérieure du fémur devrait doubler d'ici 2050, pour atteindre plus de 100 000 personnes. Ce type de fracture est l'une des causes majeures d'entrée en dépendance pour les sujets les plus âgés. Le coût médical des fractures ostéoporotique peut être estimé à 4 milliards de francs.

Le squelette, une structure en perpétuelle évolution

Le squelette évolue au cours de la vie sous l'effet conjugué de deux types de cellules : les ostéoblastes et les ostéoclastes. Les premières sont responsables de la synthèse de la matrice osseuse, les secondes de sa dégradation. Ce délicat équilibre entre os formé et os résorbé est également sous l'influence d'hormones, de facteurs de croissance, de cytokines... et détermine les trois périodes du cycle de vie de l'os : **la période d'acquisition du capital osseux** (de la naissance à 30 ans environ)

la période de stabilisation s'étale de la maturité à la survenue de la ménopause

la période de perte osseuse, après la ménopause chez la femme et après 70 ans chez l'homme, conduit à la diminution de la densité osseuse, à la détérioration du tissu et à une fragilité de l'os.

L'ostéoporose qui en résulte induit une augmentation du risque de fracture.

Le groupe d'experts discerne plusieurs stratégies de prévention en fonction de différents âges de la vie et définit des axes de recherche.

Premières décennies de la vie : les facteurs génétiques prédominent

Bien que l'acquisition du capital osseux au cours de l'enfance et de l'adolescence soit fortement déterminée par des facteurs génétiques, des facteurs nutritionnels, et en particulier une carence avérée en calcium, peuvent contrecarrer l'acquisition "normale" de ce capital osseux. L'apport journalier en calcium alimentaire devrait s'élever à 700 mg . L'exercice physique, pratiqué sans excès, aurait, par ailleurs, une influence positive.

Recommandations :

- **Veiller à un apport journalier suffisant en calcium alimentaire et en vitamine D**
- **Démontrer les bases biologiques du déterminisme génétique dans l'acquisition du capital osseux.**

Ménopause : un moment stratégique pour informer

L'installation de la ménopause (45-55 ans) est un moment privilégié pour entamer une prévention de l'ostéoporose chez la femme car c'est la période pendant laquelle la perte osseuse s'accélère de façon sensible en raison de la diminution, puis de l'arrêt, de la sécrétion des oestrogènes. Le traitement hormonal substitutif (THS), constitué d'oestrogènes et de progestatifs, est aujourd'hui le seul traitement véritablement préventif de l'ostéoporose. Bien que la balance "bénéfice-risque" du THS apparaisse positive, on constate qu'en France peu de femmes le prennent pour une durée suffisante à la prévention de l'ostéoporose (cette durée est estimée à 7 à 10 ans).

Recommandations :

- **Informer les femmes que la carence oestrogénique est responsable de l'ostéoporose à partir de la ménopause et que le seul traitement préventif actuellement disponible est le traitement hormonal substitutif**
- **Un dépistage systématique n'apparaît pas utile étant donné la faible prévalence de l'ostéoporose à cet âge (5 %)**
- **Il conviendrait d'étudier les comportements déterminant l'adhésion des femmes au THS**
- **De nouveaux inhibiteurs de la résorption osseuse, ayant un effet plus spécifique sur l'os, méritent d'être recherchés.**

Dès la soixantaine : dépister, prévenir et traiter à grande échelle

La prévalence de l'ostéoporose chez les femmes de 60 à 75 ans est estimée à 25 %. Un peu plus de deux millions de femmes ne présentent pas de signes apparents d'ostéoporose ni de facteurs de risque (fracture à la suite d'une chute banale, antécédent familial de fracture, prise de certains médicaments) et la très grande majorité d'entre elles ne bénéficient pas et n'ont jamais bénéficié de THS. Cette population pourrait être la cible privilégiée d'une stratégie de prévention des fractures ostéoporotiques puisque des moyens diagnostiques et thérapeutiques existent.

Recommandations :

- Un dépistage systématique de l'ostéoporose chez les femmes asymptomatiques et ne présentant aucun facteur de risque apparent pourrait être envisagé après en avoir vérifié la faisabilité, l'efficacité et le coût

- Le groupe propose que soit évalué parallèlement l'effet à long terme de différentes stratégies médicamenteuses préventives de la fracture : le THS, mais aussi les nouvelles molécules destinées à augmenter le contenu minéral osseux, ainsi que certaines suppléments (vitamine D, calcium).

Pour les plus de 75 ans : supplémentation et lutte contre les chutes

Chez les femmes de plus de 75 ans, la prévention des fractures est encore possible. La perte osseuse et les risques de fracture sont, dans le grand âge, placés sous la forte influence de facteurs nutritionnels et environnementaux. Une supplémentation en calcium et en vitamine D constitue un élément important d'action. La prévention des chutes passe par le dépistage des troubles de la vue, de l'équilibre, de l'audition et par la limitation de la polymédication.

Recommandations :

- Augmenter les apports en calcium et en vitamine D, et lutter contre les facteurs de risque de chute

- Evaluer les programmes d'exercice physique et d'amélioration de l'équilibre sur des effectifs importants.

Contacts presse : Bureau de presse INSERM : Marie-Christine SIMON - Tél : 01 44 23 60 86

Expertise collective : INSERM SC 14 - Jeanne ETIEMBLE - Tél : 01 44 85 61 65

DGS - Danièle MISCHLICH - Tél : 01 40 56 52 06

Composition du groupe d'experts

- Pr Christian ALEXANDRE, chef du service de rhumatologie, Hôpital de Bellevue, Saint-Etienne
- Dr Claude BAUDOIN, épidémiologiste, INSERM U21, Villejuif
- Dr Gérard BRÉART, épidémiologiste, directeur de l'unité de recherches épidémiologiques sur la santé des femmes et des enfants, INSERM U149, Paris, Président du groupe d'experts
- Pr Thierry CONSTANS, service de médecine interne et de gériatrie, Hôpital de l'Ermitage, CHU de Tours
- Dr Catherine CORMIER, service de rhumatologie, Hôpital Cochin, Paris
- Pr Pierre DELMAS, chef du service adjoint de rhumatologie et pathologie osseuse, directeur de l'unité INSERM U403, Hôpital Edouard Herriot, Lyon
- Dr Marie-Eve JOEL, économiste, Laboratoire d'Economie et de Gestion des Organisations de Santé, Université de Paris IX, Paris
- Dr Catherine LE GALES, économiste, INSERM U357, Hôpital de Bicêtre, Paris
- Pr Patrice LOPES, chef du service de gynécologie-obstétrique, CHU de l'Hôtel-Dieu, Nantes
- Dr Jean-François SAVOURET, endocrinologie, INSERM U135, Hôpital de Bicêtre
- Dr Monique THOMASSET, responsable de l'équipe "Vitamine D, gènes des calbindines-D" INSERM U120, Hôpital Robert-Debré, Paris
- Pr Bruno VELLAS, service de médecine interne et gériatrie, CHU Purpan-Casselardit, Toulouse
- Pr Marie-Christine de VERNEJOUL, biologie cellulaire et moléculaire de l'os et du cartilage, directeur de l'unité INSERM U349, Hôpital Lariboisière, Paris

Coordination scientifique

Jeanne ETIEMBLE, directeur du Centre d'Expertise Collective INSERM SC14
Dominique VUILLAUME, responsable du service du partenariat social de l'INSERM
Emmanuelle CHOLLET et Marie-Christine CLUGNET, attachés scientifiques à l'INSERM