

Article original

Traitements non médicamenteux de l'ostéoporose

Nonpharmacological treatments for osteoporosis

J. Beaudreuil

Fédération de rhumatologie, hôpital Lariboisière, 2, rue Ambroise-Paré, 75010 Paris, France

Reçu le 23 février 2006 ; accepté le 6 mai 2006

Résumé

Objectifs. – Étude de l'efficacité des traitements non médicamenteux de l'ostéoporose.

Méthode. – Revue et analyse qualitative de la littérature concernant l'efficacité des traitements non médicamenteux de l'ostéoporose : exercices physiques, mesures visant à la prévention des chutes, orthèses rachidiennes, vertébro- et kyphoplastie.

Résultats. – Les niveaux de preuve d'efficacité de ces différents moyens thérapeutiques sont inégaux sur la base d'études randomisées. La pratique d'exercices physiques chez les personnes âgées ambulatoires et l'aménagement du domicile de celles considérées comme des chuteuses, préviennent la survenue des chutes. Chez les personnes institutionnalisées, cet objectif est atteint par des programmes multidisciplinaires plus lourds. L'intérêt des protecteurs de hanche sur la survenue de fracture reste discuté. Les exercices physiques ralentissent également la perte osseuse après la ménopause et au cours des ostéoporoses postménopausique et cortisonique. L'efficacité des exercices de mobilisation au décours des événements fracturaires n'est pas documentée. Une seule étude concernant l'usage d'orthèse rachidienne après tassement vertébral décrit des résultats favorables en terme algofonctionnel. Aucune étude randomisée concernant la vertébroplastie ou la kyphoplastie pour tassement vertébral ostéoporotique n'est actuellement disponible.

Conclusion. – Les traitements non médicamenteux de l'ostéoporose sont considérés comme part entière de la prise en charge de la maladie. Ils ont pour objectifs, la prévention des chutes, le ralentissement de la perte osseuse et la réduction de la période d'incapacité après fracture. Seuls les exercices physiques et les mesures de réadaptation ont un effet démontré en termes de prévention des chutes ou de ralentissement de la perte osseuse. Leur effet antifracturaire reste à évaluer.

© 2006 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Objectives. – Study the effectiveness of nonpharmacological treatments for osteoporosis.

Method. – Review and qualitative analysis of the literature concerning the effectiveness of nonpharmacological treatments: physical exercise, rehabilitation aiming to prevent falls, spinal orthosis, and vertebro- and kyphoplasty.

Results. – The level of evidence of the effectiveness of nonpharmacological treatment is unequal on the basis of randomized study. The practice of physical exercise by the ambulatory elderly people and home rehabilitation for those who have previously fallen prevent the occurrence of falls. For institutionalized people, the prevention of falls is achieved by multidisciplinary programs. The use of hip protectors to prevent fracture is controversial. Physical exercises prevent bone loss after menopause and during postmenopausal and corticosteroid osteoporosis. The effectiveness of mobilization after fracture is not documented. Only one study concerning the use of spinal orthosis after vertebral fracture reports interesting results for pain and disability. No randomized study concerning vertebroplasty or kyphoplasty for osteoporotic vertebral fracture is described.

Conclusion. – The nonpharmacological treatments of osteoporosis are considered therapeutic means of key importance. They aim at the prevention of falls and bone loss and the reduction of disability after fracture. Only physical exercise and rehabilitation have been shown to be effective in preventing falls or bone loss. Their ability to reduce the incidence of fractures remains to be evaluated.

© 2006 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Ostéoporose ; Perte osseuse ; Chute ; Fracture ; Traitements non médicamenteux

Keywords: Osteoporosis; Bone loss; Fall; Fracture; Nonpharmacological treatments

1. Introduction

Les traitements non médicamenteux de l'ostéoporose constituent une part importante de la prise en charge de la maladie [34]. Ils comprennent les exercices physiques et les mesures de réadaptation intégrés dans des programmes visant à la prévention des chutes ou de la perte osseuse, pour à terme quels qu'ils soient diminuer le risque de fracture. Les protecteurs de hanche ont pour objectif de limiter les conséquences traumatiques de la chute lorsque celle-ci n'a pu être évitée. Ils peuvent être considérés comme des moyens de prévention tertiaire de cet événement. Les traitements non médicamenteux sont également utilisés au décours de la fracture. Ils ont alors pour but la réduction des douleurs et de la durée d'immobilisation. Ils comprennent dans cette indication, exercices de mobilisation, orthèses rachidiennes, ainsi que vertébroplastie et kyphoplastie. L'objectif de ce travail est l'analyse de l'argumentaire scientifique de ces différents traitements à partir d'une interrogation systématique de la base de données PubMed. Pour cette recherche actualisée à l'année 2005, les mots clés utilisés et croisés ont été les suivants : *bone loss, osteoporosis, fall, fracture, prevention, non-pharmacological treatment, exercise, rehabilitation, orthosis, vertebroplasty, kyphoplasty, clinical trial*. Les études d'intervention randomisées ont été retenues pour l'évaluation de l'efficacité clinique de ces traitements. La sélection des articles a été élargie aux travaux informatifs portant sur le déterminisme de l'ostéoporose et de ces conséquences fracturaires en termes de risque et de pathogénie, afin d'étayer la cohérence des traitements non médicamenteux proposés au cours de l'ostéoporose.

2. Prévention des chutes

2.1. De la chute à la fracture

2.1.1. Chutes et fractures

L'argumentaire de cette approche préventive naît de la relation entre chute et fracture [34]. Celle-ci apparaît bien établie chez les personnes âgées pour les fractures non vertébrales. Ainsi, la fréquence des fractures de l'extrémité supérieure du fémur augmente de façon exponentielle avec l'âge dans les deux sexes [2]. Leur incidence annuelle a été estimée en France à 50 000. La moitié survient entre 80 et 90 ans. La fréquence des chutes augmente également avec l'âge [34]. Un tiers des personnes de plus de 65 ans et la moitié de celles de plus de 85 ans font au moins une chute par an. Celle-ci entraîne un événement fracturaire, fémoral, huméral ou radial, dans 5 à 10 % des cas. Cette probabilité à la fois faible et non négligeable, souligne bien le caractère multifactoriel du risque fracturaire. En aval de la chute, son énergie, sa direction et l'efficacité de la réponse de protection ont un rôle déterminant [34].

Il en est de même pour le statut osseux. Ainsi, une chute dans les 12 mois a été identifiée comme un facteur de risque de fracture symptomatique sur la même période chez les femmes ménopausées ayant une densité minérale osseuse basse alors qu'elle ne l'était pas chez celles ayant une densité minérale osseuse normale [19].

2.1.2. Facteurs de risque de chute et fractures

Même s'il apparaît sans conséquence osseuse immédiate, le fait de tomber reste un événement potentiellement grave. Il peut en effet avoir pour conséquences plus insidieuses une restriction des activités courantes par un sentiment d'insécurité et une perte progressive d'autonomie augmentant le risque de récurrence. Celui-ci a globalement été estimé à 10 % à six mois [38]. Les déterminants de la propension aux chutes après 65 ans sont multiples. Ils constituent autant de cibles de prévention : environnement agrémenté d'obstacles peu propice aux déplacements et de points d'appui instables ; défauts d'aptitudes physiques et neurosensoriels [28]. Parmi ces derniers, sont régulièrement colligés les troubles de l'équilibre, de la vigilance et de la cognition, parfois iatrogènes, ainsi que diverses affections neurologiques et de l'appareil musculosquelettique. Outre la chute, les facteurs de risque de cet événement ont également été associés aux fractures périphériques chez les personnes âgées. La plupart des données concernent ici spécifiquement les fractures de l'extrémité supérieure du fémur et celles de l'humérus, et ce très probablement en raison de leur fréquence relative dans cette population.

L'inactivité, la difficulté aux déplacements, l'amyotrophie et la faiblesse des membres inférieurs sont des facteurs de risque de fracture de l'extrémité supérieure du fémur additif et indépendant du statut osseux [13,14,21]. Ainsi, le suivi d'une cohorte de près de 10 000 femmes de 65 ans et plus, a permis de mettre en évidence une association entre haut niveau d'activité physique et réduction du risque de fracture fémorale [21]. L'amplitude de la diminution du risque fracturaire apparaissait décroître en fonction du niveau d'activité. Les femmes ayant un temps quotidien de station assise supérieur à neuf heures connaissaient de plus une augmentation du risque de fracture de 43 % comparativement à celles ne gardant cette position que six heures et moins. Dans l'étude EPIDOS, l'association entre fracture proximale de l'humérus et quatre facteurs de risque de chute — antécédents de chute, faible niveau d'activité, trouble de l'équilibre et douleurs des membres inférieurs — a également été mise en évidence. Ce lien ne concernait toute fois que les personnes ostéoporotiques [25].

2.2. Résultats des études d'intervention

Ces constatations apportent donc une justification préalable aux propositions de programmes structurés visant à réduire

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4040382>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4040382>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)