



ÉDITO

Dr Eric SENBEL, Rhumatologue
Président de l'ESS Rhumatologie du littoral

NEWSLETTER SPECIALE OSTEOPOROSE

Chères consœurs, chers confrères,

Souvent qualifiée d'« épidémie silencieuse », l'ostéoporose touche aujourd'hui près de 4 millions de personnes en France et reste pourtant largement méconnue. Chaque jour, plus de 1 300 fractures de fragilité surviennent, avec des conséquences lourdes sur l'autonomie, la qualité de vie et le système de soins. Et pourtant, des solutions existent : dépistage, prévention, traitements efficaces.

Face à ce constat, **l'information est un levier essentiel**. Mieux comprendre la maladie, ses risques, les parcours de soins et les options thérapeutiques permet d'agir plus tôt et plus efficacement. C'est tout l'objectif de cette newsletter : offrir des repères clairs, des données clés et des analyses utiles aux professionnels de santé, aux décideurs et à toutes les personnes concernées.

Rendre visible l'ostéoporose, c'est déjà commencer à mieux la prendre en charge.

Bien confraternellement,

Eric Senbel

Les enjeux de la prise en charge de l'ostéoporose

Ostéoporose en France : l'urgence d'une mobilisation nationale

L'ostéoporose, qualifiée « d'épidémie silencieuse » de santé publique, frappe près de 4 millions de personnes en France, soit 5,5 % de la population, dont une écrasante majorité de femmes. Chaque année, ce sont près de 484 000 nouvelles fractures de fragilité qui surviennent, soit 1 325 par jour, avec des conséquences humaines et économiques majeures.

Un coût humain et économique croissant

Les fractures ostéoporotiques, en particulier celles de la hanche, sont associées à une surmortalité et à une perte d'autonomie, précipitant l'institutionnalisation des personnes âgées. Le coût direct de ces fractures a atteint près de 7 milliards d'euros en 2019, soit 2,6 % des dépenses de santé, et ne cesse d'augmenter. Pourtant, la part consacrée à l'évaluation et à la prise en charge de l'ostéoporose reste dérisoire (162 millions d'euros), révélant un déséquilibre flagrant entre la prévention et la gestion des conséquences.

Un fossé thérapeutique alarmant

Malgré l'existence de traitements efficaces, bien tolérés et peu coûteux, la France affiche un « treatment gap » préoccupant : en 2019, 79 % des femmes à haut risque de fracture ne recevaient aucun traitement, contre 43 % en 2010. Seuls 20 % des patients hospitalisés pour fracture ostéoporotique sévère bénéficient d'un traitement spécifique dans l'année qui suit. Cette inertie thérapeutique est aggravée par une mauvaise adhésion aux traitements, souvent liée à une méconnaissance de la maladie et à la défiance envers les médicaments.

Les causes de l'insuffisance de prise en charge

Plusieurs facteurs expliquent cette situation :

- **Sous-diagnostic massif** : le dépistage par ostéodensitométrie reste insuffisant, et les fractures (col, vertèbres, humérus, radius) sont souvent attribuées à tort à la chute plutôt qu'à l'insuffisance osseuse.
- **Manque de mobilisation des professionnels** : Une implication plus large des généralistes, gériatres, gynécologues, orthopédistes et paramédicaux est indispensable.
- **Déficit de communication** : la lutte contre les idées reçues et la méfiance du public vis-à-vis des traitements nécessitent une information claire et fondée sur les preuves scientifiques.

Les enjeux pour les années à venir

Avec le vieillissement de la population, le nombre de fractures devrait augmenter de 26 % d'ici 2034, passant à 610 000 cas annuels. Cette progression va accentuer la pression sur les services hospitaliers et peser lourdement sur l'Assurance maladie. Sans une réaction

ambitieuse et systémique, la France risque de voir s'aggraver le fardeau économique et sociétal de l'ostéoporose.

Quelles priorités pour inverser la tendance ?

- **Renforcer le dépistage précoce et systématique**
- **Former et impliquer tous les professionnels de santé**
- **Sensibiliser la population et les décideurs à l'importance de la prise en charge**

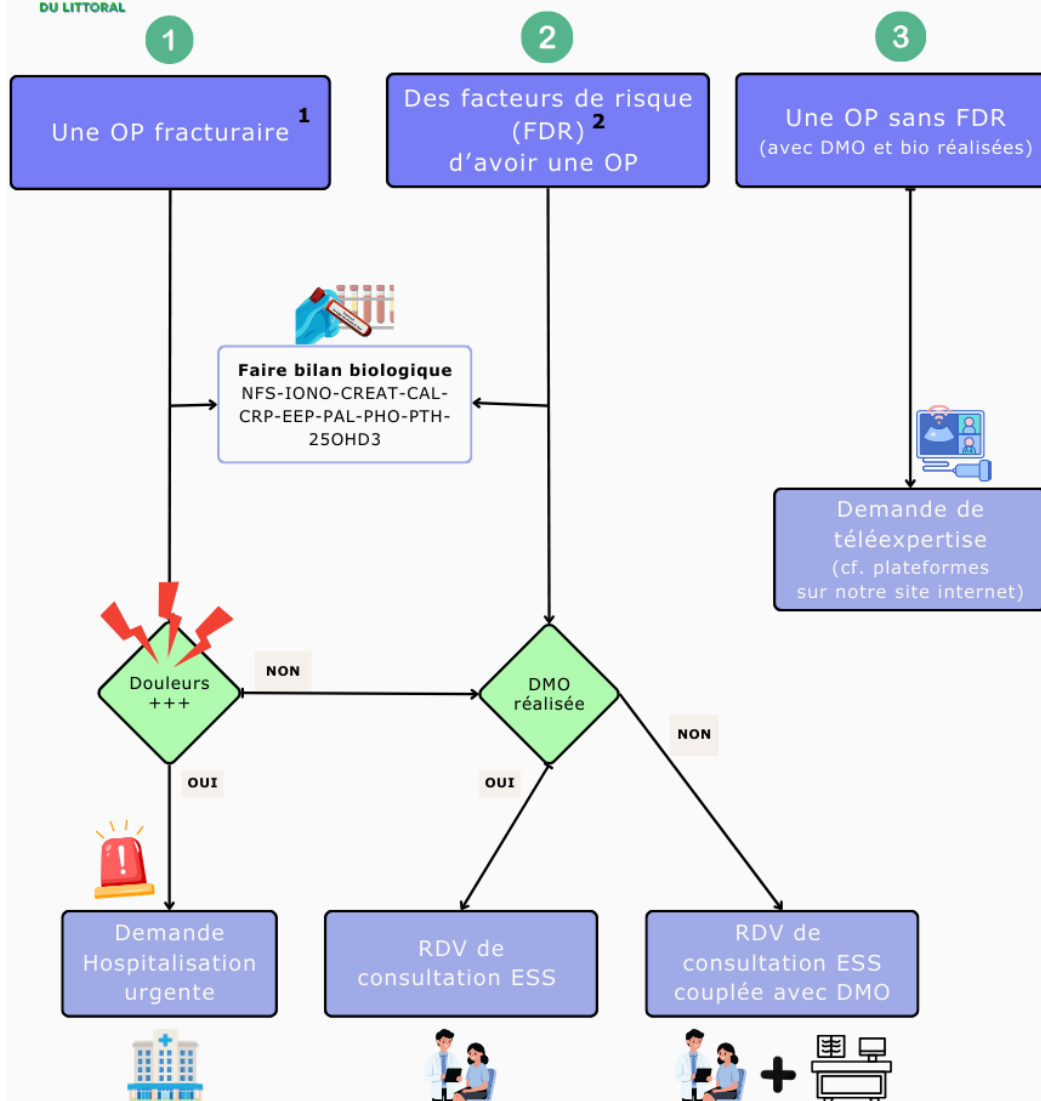
En résumé L'ostéoporose reste la grande oubliée de la santé publique en France, malgré son impact massif et les solutions disponibles. Face à l'explosion attendue des fractures et à l'augmentation des coûts, il est urgent de rompre avec l'inertie actuelle et de faire de la prise en charge de l'ostéoporose une priorité nationale, à la hauteur de l'enjeu humain et économique.

LOGIGRAMME OSTEOPOROSE

Dans quels cas l'ESS Rhumatologie du Littoral peut recevoir votre patient(e) : Une ostéoporose fracturaire, des facteurs de risque d'avoir une ostéoporose, ou une ostéoporose sans facteurs de risque?

OSTEOPOROSE

Dans quels cas, l'ESS peut recevoir votre patient(e) ?



1. Fracture de faible énergie : fractures vertébrale, extrémité sup. humérus, fémur, bassin, poignet ou au moins 2 côtes

2. Facteurs de risque : ATCD fracture de faible énergie, ATCD familial de fracture du col fémoral, corticothérapie > 7,5 mg et > 3 mois, traitements inducteurs d'ostéoporose (tt hormonal K sein, prostate, ...), IMC < 19 kg/m², ménopause avant 40 ans

**Le Dr Caroline CHARPIN, rhumatologue
qui réalise des densitométries osseuses,
présente la DMO**



Densitométrie osseuse et prise en charge de l'ostéoporose

Cette vidéo présente de façon claire la densitométrie osseuse, examen clé dans le diagnostic et le suivi de l'ostéoporose. Elle rappelle les enjeux de santé publique liés au risque fracturaire et souligne le rôle central du rhumatologue dans l'interprétation des résultats, l'évaluation du risque et la coordination de la prise en charge.

Visionner le film

Fiche didactique Ostéodensitométrie

Ostéodensitométrie L'examen clé !

Dr Eric SENBEL

La densitométrie (DMO) reste un examen clé de l'ostéoporose (OP)

Toutefois l'OP ne se résume pas à la DMO. Il existe des patients avec une DMO considérée comme non pathologique qui fracturent et des patients à DMO basse qui ne fractureront jamais. Il faut donc l'intégrer dans une analyse globale du risque de fracture.



Conditions de remboursement

- **1er examen chez tous :**
 - En cas de pathologie ou de traitement potentiellement inducteurs d'OP (une corticothérapie > 3 mois, dès l'initiation de la corticothérapie, traitements anti hormonaux chez la femme dans le cadre d'un cancer du sein ou chez l'homme en cas de cancer de la prostate, ...),
 - Antécédent de fracture, sans traumatisme majeur.
- **1er examen chez la femme ménopausée avec facteurs de risque :**
 - Antécédent de fracture du col du fémur sans traumatisme, chez un parent du 1er degré,
 - IMC < 19 kg/m²,
 - Ménopause avant 40 ans,
 - Un antécédent de corticothérapie > 3 mois consécutifs.
- **Examen de suivi :**
 - A l'arrêt du traitement anti-ostéoporotique,
 - Chez la femme ménopausée, sans fracture, lorsqu'un traitement n'a pas été mis en route, une 2ème DMO peut être proposée à 3 à 5 ans, après la réalisation de la première, en fonction de l'apparition de nouveaux facteurs de risque.

Chez la femme ménopausée et l'homme > 50 ans, un T-score à l'un des sites ≤ -2.5 définit une OP densitométrique mais la mise en route d'un traitement dépend d'autres facteurs notamment les facteurs de risque et la cinétique d'évolution des chiffres.

Les astuces du rhumatologue pour une bonne interprétation

- ➡ Considérer les résultats de la moyenne du rachis (L1-L4 ou L2-L4) de la hanche totale et du col fémoral.
- ➡ Les résultats d'une DMO lombaire peuvent être faussés voire ininterprétables (arthrose lombaire importante, artefact métallique-prothèse, arthrodèse, ...) ou lors d'un mauvais positionnement des zones d'analyse.

essrhumato13@gmail.com
www.essrhumatologie.fr

Régulièrement, nous aurons à cœur de partager avec vous des informations médicales et des articles scientifiques sur des thématiques variées.

Nous vous invitons à consulter toutes nos fiches didactiques et notamment celle de l'ostéodensitométrie.

Télécharger la fiche



Visitez notre site internet



Contacter l'ESS pour obtenir un rendez-vous avec un rhumatologue, couplé à une ostéodensitométrie (hôpital Européen et hôpital Saint Joseph)

Un gain de temps pour le patient, une meilleure qualité de l'examen et de l'interprétation des résultats par le spécialiste.

[Visiter site de l'ESS](#)

Information scientifique : participez au recrutement d'une étude sur les modalités optimales de l'arrêt du denosumab !

L'arrêt du dénosumab (Prolia) est associé à un rebond du risque fracturaire, désormais bien documenté, exposant les patientes à un risque de fractures vertébrales multiples en l'absence de traitement relais. La stratégie préventive actuellement la mieux établie repose sur l'administration d'au moins une perfusion d'acide zolédronique. Néanmoins, une perfusion unique ne semble pas toujours suffisante, justifiant l'évaluation de schémas de consolidation adaptés après l'arrêt du dénosumab.

Dans ce contexte, une étude randomisée en ouvert est mise en place afin d'évaluer différentes stratégies de relais par acide zolédronique après arrêt du dénosumab.

Patientes concernées

Patientes présentant une ostéoporose post-ménopausique, traitées par Prolia depuis plus de deux ans, chez lesquelles un arrêt du dénosumab est envisagé car les objectifs thérapeutiques sont atteints :

- absence de fracture,
- T-score DMO > -2,5 à tous les sites,
- absence de perte de densité minérale osseuse sous traitement.

Modalités d'inclusion

Après information de la patiente, merci d'adresser ses coordonnées par mail à : [✉ sophie.trijau@ap-hm.fr](mailto:sophie.trijau@ap-hm.fr)

La patiente sera ensuite recontactée afin de vérifier les critères d'inclusion et de lui présenter les modalités détaillées de l'étude.

Protocole de l'étude

- Étude randomisée en ouvert
- Deux groupes comparatifs
- Durée de suivi : 24 mois

Groupe 1

Perfusion d'acide zolédronique à 6 mois de la dernière injection de dénosumab, suivie d'une surveillance biologique, densitométrique et clinique pendant 2 ans.

Groupe 2

Perfusion d'acide zolédronique à 6 mois de la dernière injection de dénosumab, avec une seconde perfusion éventuelle en fonction des CTX, et une surveillance identique pendant 2 ans.

Suivi

Les visites de suivi auront lieu à l'hôpital **Sainte-Marguerite** :

- tous les 3 mois la première année,
- puis tous les 6 mois la deuxième année.

Le GRIO, Groupe de Recherche et d'Information sur les Ostéoporoses

Le GRIO, Groupe de Recherche et d'Information sur les Ostéoporoses, Association loi de 1901, a été créé il y a 30 ans avec pour objectif non pas l'ostéoporose mais les ostéoporoses, qu'elles soient post-ménopausiques ou non, et pour angle d'attaque la multidisciplinarité.

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.

N'hésitez pas à transmettre à vos patients les coordonnées du GRIO. Ils pourront y mesurer leurs apports calciques, découvrir leurs risques ostéoporotiques et comprendre l'ostéoporose grâce à de nombreuses vidéos. Comme professionnels, vous y découvrirez de nombreuses aides à la pratique et des formations.

[Visiter le site du GRIO](#)

Nos partenaires



Nous suivre sur les réseaux sociaux



ESS RHUMATOLOGIE DU LITTORAL

Marseille

essrhumato13@gmail.com

Newsletter réalisée par

[Imprimer](#)
[Se désinscrire](#)

