

Prévenir les fractures après la ménopause



Penser d'abord à diminuer le risque de chute, à s'exposer au soleil et à avoir une activité physique. Des médicaments sont parfois utiles après une première fracture, ou après l'âge de 70 ans.

Le risque de fracture pour un petit traumatisme

● Certaines fractures font suite à un traumatisme dit léger : par exemple, en tombant de sa hauteur. Ces fractures "anormales" sont plus fréquentes chez les femmes après la ménopause, et touchent en particulier le col du fémur, le poignet et les vertèbres (fractures-tassement).

● Le risque augmente notamment avec : un âge élevé, un antécédent de fracture "anormale", une mère ayant eu une fracture de hanche, une hyperthyroïdie, une ménopause précoce (avant l'âge de 40 ans), une consommation excessive d'alcool, la prise de certains médicaments (tranquillisants, somnifères, cortisone, etc.), le tabagisme, une vision diminuée, un faible poids, une ostéoporose (détérioration de l'os qui entraîne une fragilité).

● L'ostéodensitométrie évalue mal le risque de fracture.

Éviter les chutes

● Pour diminuer le risque de fracture, commencer par essayer d'éviter les chutes.
– En améliorant son endurance, sa

souplesse et son équilibre par une activité physique ou sportive régulière.

– En adaptant son logement : éviter les sols glissants ; aménager la salle d'eau et les toilettes ; éviter les fils qui traînent et les tapis mal fixés... Il existe des aides techniques et financières.

– En diminuant la consommation de tranquillisants et somnifères, et des autres médicaments qui favorisent les chutes ou les fractures.

● On diminue le risque de fracture en s'exposant au soleil : l'organisme produit alors de la vitamine D qui améliore l'absorption du calcium et sa fixation dans les os. L'apport de calcium doit être suffisant : au moins 1 g par jour après la ménopause.

Des médicaments utiles, dans quelques cas précis

● *Vitamine D + calcium* : l'association de ces deux médicaments diminue le risque de fracture du fémur et des vertèbres chez les personnes de plus de 70 ans vivant en institution. Ce bénéfice n'est pas retrouvé chez les personnes en bonne santé vivant à leur domicile.

● Diphosphonates et autres : chez les femmes ménopausées ayant déjà eu une fracture pour un faible traumatisme et ayant en plus une ostéoporose sévère selon une ostéodensitométrie, l'*acide alendronique* est le mieux évalué. Traiter 100 femmes pendant 3 ans permet alors d'éviter environ 3 fractures vertébrales douloureuses et une fracture du col du fémur. Mais attention aux traitements

prolongés. Dans un essai, après 5 années de traitement, l'*acide alendronique* a présenté trop peu de bénéfice par rapport au risque d'effets indésirables.

● Chez les femmes ménopausées ayant seulement une ostéodensitométrie anormale, l'*acide alendronique* diminue peut-être le risque de fracture douloureuse. Mais ce n'est pas certain. Et ses effets indésirables parfois graves pèsent lourd dans la balance : lésion de l'œsophage, nécrose de l'os de la mâchoire, etc. L'*acide alendronique* et le *raloxifène* semblent aussi diminuer le risque de fracture vertébrale n'entraînant ni douleur ni handicap : cela ne présente guère d'intérêt.

● Le traitement hormonal substitutif de la ménopause (estrogène plus progestatif) évite environ 3 fractures vertébrales pour 1 000 femmes traitées pendant plusieurs années. Mais ses effets indésirables (notamment accident vasculaire, accident cardiaque, cancer du sein) font plus qu'annuler ce petit bénéfice.

● En dehors de ces quelques cas précis, aucun médicament n'a d'efficacité démontrée pour diminuer le risque de fracture.

©Prescrire - octobre 2015

Sources :

- "Prévention des fractures ostéoporotiques : le plus souvent, pas de vitamine D" *Rev Prescrire* 2014 ; **34** (367) : 372.
- "20-2. Patients ayant une ostéoporose" *Rev Prescrire* 2014 ; **34** (374 suppl. interactions médicamenteuses).
- "Ostéodensitométrie chez les femmes ménopausées en bonne santé" *Rev Prescrire* 2007 ; **27** (285) : 516-521.
- "Prévenir les chutes des sujets âgés" *Rev Prescrire* 1997 ; **17** (171) : 202-204.