

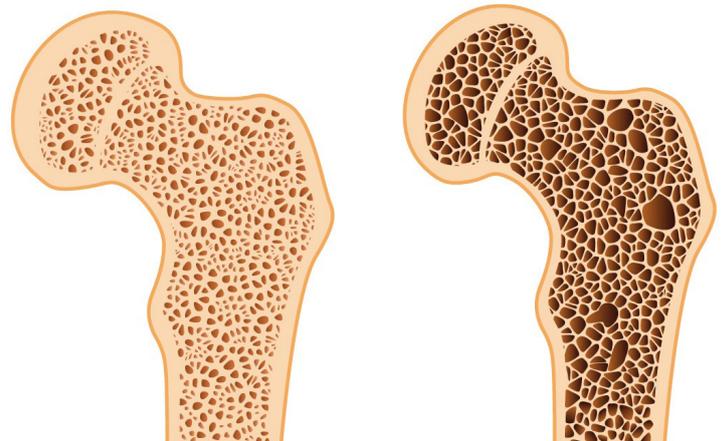


L'ostéoporose en insuffisance rénale chronique

L'ostéoporose est une maladie diffuse du squelette caractérisée par une diminution de la densité osseuse, ce qui augmente le risque de fracture. L'ostéoporose évolue avec le vieillissement et touche près d'une femme sur trois après la ménopause, mais aussi les hommes après 65 ans. Elle est très souvent observée chez les personnes insuffisantes rénales, en particulier les personnes dialysées.

Les patients insuffisants rénaux ont une fragilité osseuse accrue. Chez les hommes, elle est multipliée par 4.44 et 4.40 chez les femmes par rapport aux patients de même âge qui ont une fonction rénale normale. La fracture de la hanche est plus grave que chez les patients avec fonction rénale normale. Les patients fracturent 10 à 15 ans plus tôt que les sujets non IRC.

Si on s'intéresse aux causes de l'ostéoporose chez la personne atteinte d'insuffisance rénale chronique, on se rend compte qu'un grand nombre de facteurs sont identiques à ceux de la population générale, à savoir : l'âge, le sexe (risque supérieur pour les femmes), les antécédents familiaux de fracture, la dénutrition, la difficulté à marcher sans aide, la sédentarité. Certains facteurs de risque comme les calcifications vasculaires, la prise d'hypnotiques ou de cortisone sont cependant plus fréquents chez les sujets en IRC. Enfin, il existe des facteurs propres aux dialysés : l'ancienneté de la dialyse (les



Os normal

Ostéoporose

risques d'ostéoporose sont multipliés par 4 après la troisième année) ou un antécédent de transplantation.

L'ostéoporose des dialysés diffère de l'ostéoporose commune, car la régulation du calcium et du phosphate (ce que l'on appelle l'équilibre phosphocalcique) est très perturbée chez les personnes en insuffisance rénale chronique. Il en résulte un excès de parathormone (PTH).



L'ostéoporose en insuffisance rénale chronique

Comment diminuer le risque de fracture chez le dialysé ?

Il existe de nombreux **moyens non médicamenteux**, qui consistent à diminuer le risque de chutes en adoptant des mesures de prudence simples et de bon sens. Commencer par bannir tout ce qui peut entraîner une glissade, ne pas cheminer dans son logement sans lumière, corriger sa vue si nécessaire, ne pas se jucher sur des talons trop hauts, préférer des chaussures fermées, type basket, exclure tout bricolage en équilibre, ne pas porter des charges trop lourdes, etc.

Lutter contre la sédentarité : marcher régulièrement ou pratiquer une activité physique en fonction de ses possibilités et de manière progressive. Dans certains centres de dialyse, on propose aux patients de faire des exercices physiques simples avec un minimum de matériel. Enfin, suivre les conseils diététiques de son médecin.

Concernant les **moyens médicamenteux**, notons que les traitements prescrits pour lutter contre les problèmes de calcium et de phosphate de l'IRC peuvent améliorer significativement la masse osseuse : MIMPARA – RENVELA - VITAMINE D (UVEDOSE, UN-ALPHA, ROCALTROL). Mais ils ne sont pas toujours suffisants pour renforcer la résistance mécanique des os.

Les traitements de l'ostéoporose commune n'ont pas été testés chez les dialysés et sont théoriquement contre-indiqués. Ils peuvent être prescrits cependant dans le cadre d'un suivi strict par des médecins habitués à prendre en charge ce genre de problème.

De nouvelles molécules sont à l'étude, mais l'ostéoporose est pour l'instant une maladie orpheline (ne bénéficiant pas de traitement efficace) chez les personnes en insuffisance rénale chronique sévère.

En conclusion

Nous constatons une augmentation du risque de fracture chez le dialysé. Les fractures surviennent en règle générale plus tôt et sont souvent plus graves. Il convient donc de corriger certains facteurs de risque. Actuellement, il n'existe pas de traitement spécifique pour l'ostéoporose du dialysé.

Cependant, de nouveaux médicaments permettant le contrôle de l'hyperparathyroïdie secondaire peuvent aider à maintenir la masse osseuse. En outre, de nouvelles cibles thérapeutiques porteuses d'espoir sont aujourd'hui explorées.

Remerciements : Pr Marie-Hélène Lafage-Proust, rhumatologue

Avec le soutien de :

