



## Ostéoporose

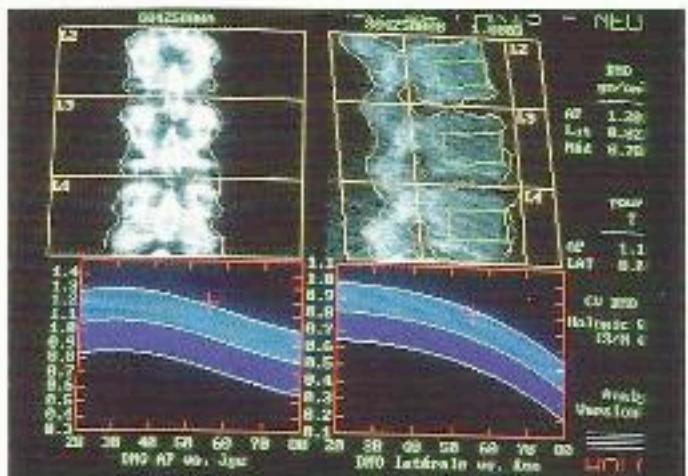
L'ostéoporose est liée au déplacement de la masse calcique, de l'os vers le tissu conjonctif (ostéophytose) et l'endothélium des vaisseaux (artères calcifiées). Ce phénomène est essentiellement dû à une désadaptation endocrinienne prolongée (ovarienne vers 50 ans et parathyroïdienne plus tard). On observe une raréfaction de la trame protéique de l'os (agrandissement des espaces médullaires et atrophie trabéculaire), exposant au risque de fracture.

Le tassement vertébral est la complication la plus fréquente : 70 000 tassements sont découverts chaque année en France (50% après 85 ans), alors que tous les paramètres biologiques classiques (VS, Calcémie, Calciurie, Phosphore ...) sont normaux ! Les causes peuvent être iatrogènes (corticoïdes, hormones thyroïdiennes, héparine, chimiothérapie .....

**Votre squelette est-il en bonne santé ?** Dans l'idéal, il faudrait identifier le danger d'ostéoporose avant de constater son effet destructeur. Si nous voulons pouvoir évaluer le danger avec justesse, il y a lieu d'être vigilant et de connaître les facteurs de risque qui nous prédisposent à la perte osseuse.

**DEXA (absorptométrie à rayons X à double énergie)** : Pour poser le diagnostic de l'ostéoporose, il convient de mesurer la densité minérale osseuse par la méthode DEXA, l'absorptométrie à rayons X à double énergie. Dans certains cas, cet examen est même pris en charge par la caisse-maladie. Néanmoins, la perte osseuse constatée lors de la mesure DEXA n'entraîne pas forcément une fracture osseuse, et il n'est pas toujours nécessaire d'administrer un traitement tout de suite. Pour décider de traiter ou non, les médecins doivent encore tenir compte d'une série d'autres facteurs.

**Chaque fracture osseuse est une fracture de trop** : Le traitement anti-ostéoporose vise avant tout à éviter les fractures. Outre les médicaments favorisant la construction de l'os et ceux qui inhibent la résorption osseuse, une bonne forme physique et une alimentation équilibrée contribuent à empêcher la progression de la maladie et à diminuer le risque de fracture.



**Aujourd'hui, il existe divers remèdes** qui réduisent efficacement le risque individuel de fracture, de sorte qu'un traitement sur mesure peut être appliqué de façon spécifique à toutes les formes d'ostéoporose. Cependant, la réussite de chaque traitement contre l'ostéoporose dépend en grande partie de la rigueur appliquée à la prise des médicaments. C'est pourquoi il faut absolument observer les instructions du médecin.

"Le médecin médiocre voit le symptôme et le soulage

Le bon médecin trouve les causes et guérit

Un excellent médecin voit les faiblesses du corps et prévient la maladie"



Seule une ostéodensitométrie < à 2 écart-types permet de l'affirmer. Curieusement, les résultats de celles-ci sont assez systématiquement basses (validité des moyennes ?).

L'interrogatoire reste le moment essentiel du diagnostic :

1. âge de la ménopause, prise d'un THS (à quel âge et combien de temps ?), sécheresse cutanéo-muqueuse ?
2. antécédents fracturaires personnels et familiaux,
3. sédentarité, épisode d'immobilisation récent, pratique de sports. En effet, l'activité physique représente aujourd'hui la meilleure prévention de l'ostéoporose (cf. les spationautes qui effectuent 2 heures d'exercices par jour pour éviter la déminéralisation induite par l'absence de gravité !)
4. hyperthyroïdie ou prise de corticoïdes, antécédent de cancer (métastase ?!). L'ostéolyse ou l'ostéocondensation d'un myélome ou d'une tumeur métastatique est évoquée au chapitre « cancer ».
5. prise de laitages et exposition au soleil.

Incidence de l'ostéoporose en % population, en fonction de l'âge :

1. 60 ans = 10%
2. 70 ans = 20%
3. 80 ans = 40%



"Le médecin médiocre voit le symptôme et le soulage

Le bon médecin trouve les causes et guérit

Un excellent médecin voit les faiblesses du corps et prévient la maladie"



« *L'ostéoporose, épidémie silencieuse* » titrent les journaux ! ... Le squelette, par sa charge en calcium, joue un rôle tampon essentiel dans l'équilibre acide-base de l'organisme. Dans l'alimentation, les principales sources :

1. – d'acides sont les sulfates et les phosphates, apportés par les protéines animales,
2. – d'alcalins sont les fruits, les légumes et les légumineuses (protéines végétales), riches en citrate de potassium.

Les classiques proposent :

à Le fluor 25 mg/jour maximum, deux ans au plus... car à trop fortes doses expose à des troubles de la minéralisation = la « fluorose » (voir rubrique fluor, dans service « stomatologie-art dentaire »), or même à ces doses, il induit une perturbation du métabolisme thyroïdien (car le fluor prend la place de l'iode !). De plus, 25 % des sujets sont « non-répondeurs », c'est à dire qu'ils n'augmentent pas leur densité vertébrale sous fluor !

— Le calcium 1500 mg/jour maximum (norme de la FDA)... mais risque de calcul rénal augmenté. De plus, les prises de calcium doivent être décalées des prises de fluor → fluorure de calcium non absorbable ! Saviez-vous en outre que la prise de Calcium augmente la tension artérielle ?!

— La vitamine D 800 UI/jour, l'ostéomalacie en est l'indication privilégiée (celle-ci contre-indique le fluor !), mais elle augmente le risque d'aggravation d'une artériopathie sévère des membres inférieurs ou même coronarienne !

— L'hormonothérapie :

1 – la calcitonine ... associée au Phosphore, indiquée dans les ostéoporoses résistantes au fluor

2 – les anabolisants stéroïdiens ... intéressants chez les sujets très âgés du fait de leur effet trophique général. La DHEA a un effet semblable à minima ...

3 – les œstrogènes ... chez la femme après la ménopause, mais dont les études récentes révèlent l'augmentation du risque de cancer du sein (attention aussi à l'utilisation sauvage de la DHEA)

4 – l'hormone somatotrope ... facteur anabolisant essentiel, mais très cher et toujours en cours d'essais thérapeutiques (quelques complications : ovarites ...)

5 – les cytokines ... IGF (insulin-like growth factor), TGFB (transforming g.f.), FGF (fibroblast g.f.) ... sont à l'étude actuellement. Des études récentes mettent en évidence le rôle de l'interleukine 6, qui stimule la production médullaire des ostéoclastes.

— Les biphosphonates sont actuellement très utilisés dans l'ostéoporose, la maladie de Paget et l'hypercalcémie des métastases cancéreuses. Depuis 2003, on ne peut plus ignorer que ces traitements (Fosamax®, Bonviva®, Didronel®, Actonel®, Clastoban®, Lytos®, Zometa® ...) sont à l'origine d'ostéonécroses de la mandibule et du maxillaire (ONM). Ces complications peuvent apparaître pendant et après un traitement par Biphosphonates. Nombreux sont actuellement les patients qui « bénéficient » de ce traitement préventif de l'ostéoporose, dont le mode d'action est un ralentissement du remaniement osseux, par blocage de l'activité des ostéoclastes. Or, ces remèdes diminuent ainsi l'angiogenèse et contribuent à la disparition progressive de la vascularisation intra osseuse. Ils ne sont que très faiblement métabolisés et s'accumulent dans l'organisme.



Si on peut accepter ce risque (de 0,8 à 12 % des cas selon les auteurs) dans les myélomes multiples et les métastases osseuses de certaines tumeurs (la voie intraveineuse est alors conseillée), il nous paraît extrêmement risqué de maintenir un tel traitement, surtout que l'on sait que le risque d'ONM est majoré par le moindre foyer inflammatoire ou infectieux de voisinage. Ainsi les lésions apparaissent fréquemment après une extraction dentaire (risque multiplié par sept) ou une chirurgie buccale simple (dépose de prothèse par exemple).

Ces ulcérations peuvent aussi survenir spontanément, même sur des maxillaires édentés ! Lorsque l'ostéonécrose est avérée, il n'y a plus qu'à adresser votre patient au service hospitalier de chirurgie maxillo-faciale, car la nécrose peut envahir largement la mandibule. A ce stade, il n'y a plus grand chose à faire, les reconstructions ou les greffes étant à éviter : reste la prescription d'antalgiques, d'un antiseptique local et un débridement chirurgical si nécessaire.

Dans une étude récente (à télécharger ci-dessous) il a été mis en évidence le rôle des ostéoclastes dans le métabolisme de la sérotonine (antidépresseur) : il n'est peut-être pas anodin de réduire durablement l'activité de ceux-ci par les biphosphonates ?!

- Le Ranélate de Strontium (Protélos®), peu efficace et non dénué d'effets secondaires (céphalées, nausées, diarrhées, douleurs musculaires, confusion mentale), à tel point que l'AFFSAP envisage son interdiction.
- Les anticorps monoclonaux (Prolia, Amgen) qui inhibent la formation, la fonction et la survie des ostéoclastes et le « Rank ligand » médiateur essentiel de la résorption osseuse. Il s'administre via une seringue pré-remplie (60 mg), en sous-cutané, une fois tous les 6 mois. Contre-indication : les hypocalcémies. Effets secondaires : ceux des biphosphonates + infections (cutanées, urinaires ou respiratoires), eczéma et rougeurs articulaires, ainsi qu'un taux de cancer plus élevé (?!)

.....

Nous voudrions raconter une petite histoire (vraie) à ceux qui croient encore aux boniments (merveilleux) des laboratoires distribuant les biphosphonates, le calcium etc ... Il y a une vingtaine d'années, les spécialistes du vol spatial étaient inquiet : pour chaque semaine en orbite, les cosmonautes perdaient environ 5 à 10% de leur masse calcique : rappelez-vous les images des premiers retours de vols longue durée, où les braves pilotes ne tenaient plus debout ...

Or, quand on exerce cette belle profession, on est tenu d'accepter tous les traitements passant par la tête des divers médecins spécialistes : le calcium (hautes doses), les vitamines, les oligoéléments (strontium ...), les différentes hormones (PTH, testostérone...)... tout y est passé et les cosmonautes se déminéralisaient toujours autant !

Un d'eux a eu l'idée de demander à apporter avec lui un tendeur avec deux poignées, pour faire un peu d'exercice : ses résultats calciques étaient bien meilleurs. Depuis, la station spatiale internationale comporte une salle de fitness avec 2 à 3 heures d'exercice quotidien obligatoire pour chacun !

Donc, arrêtez d'effrayer les mamies et de les gaver de médicaments potentiellement toxiques : faites ressortir le vieux vélo du garage, demandez-leurs de regonfler les pneus et de faire 3 fois par semaine un petit tour d'une demi-heure ... c'est suffisant pour repousser le risque fracturaire bien au-delà de 80 ans. D'autant que personne

“Le médecin médiocre voit le symptôme et le soulage

Le bon médecin trouve les causes et guérit

Un excellent médecin voit les faiblesses du corps et prévient la maladie”



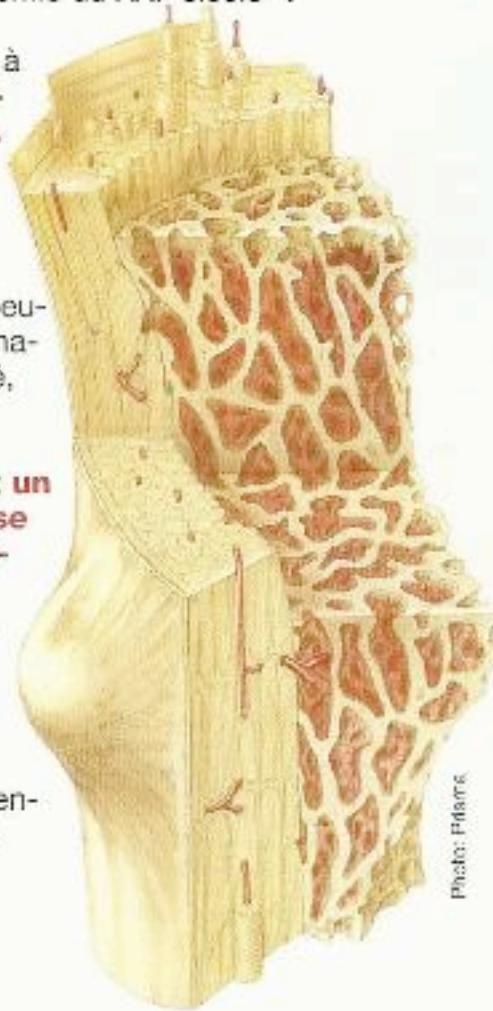
ne sait actuellement comment traiter une nécrose (évolutive) aux biphosphonates (préconisation officielle : antalgiques à la demande !).

## Pour maintenir votre squelette en bonne santé

**L'ostéoporose** – aussi nommée familièrement « perte osseuse » – est une maladie chronique du squelette. Elle **touche les femmes et les hommes** et représente un des grands défis médicaux de notre temps. D'ailleurs, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) la qualifie d'« épidémie du XXI<sup>e</sup> siècle ».

La maladie des os cassants et poreux fait peur à beaucoup – car **elle évolue pendant des années sans douleur, de manière insidieuse**. Tout doucement, la substance osseuse s'amenuise et les structures qui confèrent à l'os sa tenue et sa solidité se détruisent. L'os est constellé de trous et perd de sa stabilité. Les fractures osseuses susceptibles d'en résulter peuvent dégrader la qualité de vie de manière dramatique, entraîner la perte d'autonomie, l'invalidité, voire la mort.

**À l'heure actuelle, une femme sur deux et un homme sur cinq subit une fracture osseuse due à l'ostéoporose dans la deuxième partie de sa vie** et selon des experts, environ 20 pour cent d'entre elles seulement sont traitées comme il se doit. Pourtant, ce n'est pas une fatalité. Car chacun peut améliorer sa santé osseuse en ajustant son hygiène de vie ou en prenant le traitement adapté. Et plus les filles, les garçons, les femmes et les hommes commencent tôt, plus leurs chances seront grandes de vieillir avec un squelette solide.



Les homéopathes savent depuis longtemps que cinq minéraux sont à la base du métabolisme osseux : le Calcium, le Magnésium, le Phosphore et la Silice (agent de pontage entre polysaccharides et protéines). C'est pourquoi nous prescrivons à ces patient(e)s une à deux cures par an des sels de Schüssler suivants : **Calcarea phosphorica + Calcarea fluorica + Magnesia phosphorica + Silicea 6 DH aa.** Ce traitement « de fond » sera dynamisé par la prescription épisodiques de dilutions de sels de Baryum (sujet obèse) ou de Strontium (sujet maigre), dont le métabolisme

“Le médecin médiocre voit le symptôme et le soulage

Le bon médecin trouve les causes et guérit

Un excellent médecin voit les faiblesses du corps et prévient la maladie”



est proche de celui du Calcium (alcalins, comme lui), qui en s'incorporant à la trame calcique augmentent sa résistance. Cf. leur pathogénésies :

1. **Baryta carbonica** ... laxité ligamentaire, ostéoporose
2. **Strontium carb.** (ba) ... rétraction ligamentaire, sujet aux entorses et névrites.

Douleurs erratiques de décalcification : **Anantherum** (hg), **Arsenicum album**, **Fluoricum acidum**, **Heckla lava** (si), **Lachesis**, **Phosphorus** (douleurs brûlantes, améliorées par le repos), **Silicea** ...

Il existe – bien sûr – d'excellents « compléments alimentaires » qui vont limiter l'évolution de cette affection dégénérative, ainsi :

1. OSTEON (lab. Acespa – Suisse – 1034 Boussens)
2. Dictyolone 500 (extrait de Padina pavonica – lab. Texinfine – 69006 Lyon)

La solution idéale – pour nous – consiste à faire *pratiquer un PRS ou BNS* qui évaluera les tendances dominantes qui expliquent la déminéralisation (sécheresse d'origine hormonale, dysfonction de l'épuration rénale, déficit vitaminique ou minéral ...?), puis de prendre une correction spécifique (plante + sels) que l'on réactualisera chaque année.

On pourra compléter ce traitement par un apport énergétique séquentiel, grâce à l'homéopathie gazeuse : coffret « **RHUMA.STOP** » (Pharmacie des Bergues – Genève), deux granules trois fois par semaine.

Les remèdes complexes du laboratoire Heel :

1. **CARTILAGO SUIS COMP.** (Zeel) ampoules, gouttes et pommade ... arthrose, ostéoporose
2. **OVARIUM compositum** ... ostéoporose post ménopausique
3. **OSTEOHEEL S** ... ostéophytose associée (surtout pour les « becs de perroquet »)

Oligo-éléments : Cuivre-Or-Ag + Mn-Cobalt + Phosphore + Fluor