

LES OSTÉOPATHIES :

(Ostéopathies non héréditaires)

L'OSTÉOPOROSE :

C'est une affection très répandue car elle concerne une majorité de femmes âgées.

L'ostéoporose est en effet une complication habituelle de la ménopause.

COMPRENDRE :

Il s'agit d'une insuffisance de formation du tissu osseux.

Cette diminution du volume osseux ou atrophie osseuse est liée à un processus de vieillissement de l'os : quand elle devient importante, il se produit des tassements vertébraux, ou des fractures pour des traumatismes minimes.

Parfois, elle est accélérée, surtout chez la femme après la ménopause, par une carence hormonale.

Parfois, elle est secondaire à de nombreuses maladies.

Les plus fréquentes sont des maladies endocriniennes, comme le syndrome de Cushing, l'acromégalie, l'hyperparathyroïdie.

Elle est la conséquence d'une immobilisation lors de troubles neurologiques graves (hémiplégie, maladie de Parkinson), lors de traumatismes nécessitant une longue hospitalisation.

Elle suit parfois des maladies digestives entraînant une mauvaise absorption intestinale du calcium, des maladies rénales (Insuffisance rénale).

On trouve des causes génétiques comme la maladie de Lobstein, par exemple.

Raréfaction, sans décalcification, du tissu osseux par l'agrandissement des espaces médullaires.

RECONNAÎTRE :

Il est important de surveiller les signes annonciateurs de la maladie au moment de la ménopause.

L'ostéoporose est à l'origine d'une douleur progressive des articulations, et d'un dérouillage de plus en plus long le matin.

LES SYMPTÔMES :

Ils apparaissent sous la forme de tassements vertébraux, responsables de douleurs vives, débutant spontanément, après un effort minime ou après une chute.

Les douleurs durent environ quatre semaines, diminuent progressivement pour se calmer en deux mois.

Il persiste alors des dorsalgies ou lombalgies chroniques accrues par la station debout ou assise prolongée.

La taille diminue avec une cyphose dorsale et une exagération de la lordose lombaire.

Parfois, l'ostéoporose se révèle par des fractures du col fémoral, du poignet, de l'humérus.

L'ostéoporose est enfin l'un des grands responsables des fractures du col du fémur chez la femme âgée : c'est une fracture qui atteint davantage les femmes d'une part parce qu'elles vivent plus longtemps, d'autre part parce que leur os est fragilisé par la ménopause.

Dans ce cas, la fracture du col du fémur est souvent une maladie grave car l'hospitalisation en urgence déstabilise complètement les vieilles personnes et provoque des accidents graves comme des embolies, des accidents vasculaires cérébraux ou des troubles respiratoires.

LES EXAMENS :

La radiologie montre des signes lorsqu'il y a réduction d'au moins 30% du tissu osseux.

La transparence osseuse se voit surtout au niveau des vertèbres et du bassin.

- Au niveau des vertèbres : les vertèbres paraissent disposées verticalement (par disparition des travées horizontales de la trame osseuse).

Ensuite la striation disparaît avec amincissement de la couche corticale de l'os.

À un degré de plus, les vertèbres ont un aspect cunéiforme, aplati en « galette ».

- Au niveau du bassin : la transparence est exagérée et les travées osseuses du col fémoral se raréfient.

La scintigraphie osseuse est un examen important montrant une hyperfixation du produit injecté sur les vertèbres tassées.

Le bilan biologique n'apporte pas beaucoup de renseignements : la calcémie, la phosphorémie, les phosphatases alcalines, la vitesse de sédimentation sont normales dans la majorité des cas.

TRAITER :

Il est nécessaire d'ajouter du calcium à la ration alimentaire.

Les besoins quotidiens à la ménopause sont de 1,5g/j alors que l'apport alimentaire quotidien est estimé à 0,6g/j.

On y associe du fluor pendant deux ans.

La calcitonine calme les douleurs et facilite l'ossification.

Pour le traitement de l'ostéoporose de la ménopause, la prévention est importante car on sait que les hormones sexuelles jouent un rôle majeur dans l'équilibre osseux.

L'initiation et la surveillance du traitement se fait de plus en plus après l'absorptiométrie osseuse qui permet de définir l'insuffisance osseuse.

Faite pendant le traitement, elle juge de son efficacité.

Outre les mesures précédentes, on adjoint des œstrogènes et de la progestérone en l'absence de contre indication (bilan gynécologique et cardio-vasculaire).

En cas de tassements vertébraux, le repos est indispensable, avec des antalgiques, des massages, de la physiothérapie, et le port d'un lombostat (corset).

Le traitement hormonal de la ménopause retarde efficacement la survenue de l'ostéoporose.

L'OSTÉOMALACIE :

Il s'agit d'un squelette insuffisamment minéralisé : les os se déforment, se fissurent, se fracturent. Chez l'enfant, elle s'associe à une perturbation de l'ossification du cartilage de conjugaison : c'est le rachitisme.

Ostéomalacie : (gr. ostéon ; malakia, mollesse) [angl. ostéomalacia]. Déminéralisation squelettique généralisée, par insuffisance de fixation phosphocalcique sur la trame protéique de l'os ou tissu ostéoïde. Elle se manifeste cliniquement par le syndrome de Looser-Milkman. Les causes d'ostéomalacie sont les carences solaire et vitaminique (vitamine D), les insuffisances d'apport et d'absorption phosphocalciques (gastrites et gastrectomies, insuffisances biliaire, pancréatique et intestinale), ainsi que les déperditions phosphocalciques exagérées, rénales (tubulopathies) et extra rénales (grossesse et allaitement). Le rachitisme est l'ostéomalacie infantile. (Ostéoporose et ostéoporomalacie).

Affection caractérisée par une altération des os, qui perdent peu à peu leurs sels minéraux, deviennent mous, flexible et se déforment.

- L'ostéomalacie résulte soit d'une carence calcique (ostéos de famine), soit d'une carence en vitamine D (rachitisme). L'examen clinique du sang montre une hypocalcémie, et celui des urines, une hypo- calciurie.

Ostéopathie de carence, [angl. alimentary ostéopathie]. Syn. ostéopathie de famine. Variété d'ostéomalacie causée par la diminution de calcium, du phosphore et de la vitamine D consécutive aux privations. Elle se manifeste par des douleurs, des fractures spontanées, une décalcification diffuse du squelette et par l'affaissement du thorax avec cyphose ou scoliose.

Ostéomalacie vitamino-résistante essentielle, rachitisme hypophosphatémique familial.

COMPRENDRE :

Autrefois, le manque de vitamine D était la cause la plus fréquente.

Elle se rencontre encore dans les pays à faible niveau de vie où l'on trouve une restriction alimentaire notamment en produits laitiers et poissons.

Les régimes carencés (végétariens, vieillards) entraînent les mêmes troubles.

La diminution de l'exposition solaire peut être aussi en cause : elle ralentit, au niveau de la peau, la transformation du précurseur de la vitamine D en vitamine D.

Dans les pays occidentaux, l'ostéomalacie est le plus souvent secondaire à un trouble digestif : maladies gênant l'absorption intestinale de la vitamine D : maladie cœliaque, gastrectomies, insuffisance pancréatique par exemple.

Parfois, une prise prolongée de barbituriques peut être à l'origine de cette affection.

Il existe également une ostéomalacie résistante à la vitamine D.

Elle est d'origine rénale : c'est une néphropathie tubulaire responsable d'une fuite de phosphore dans les urines, d'origine héréditaire, congénitale (syndrome de Debré-Fanconi), acquise (tumeur, syndrome de Sjögren).

Elle se rencontre également dans l'insuffisance rénale chronique, l'ostéodystrophie rénale, l'acidose tubulaire chronique (syndrome d'Albright, anastomose urétéro-intestinale).

RECONNAÎTRE :

On observe des douleurs osseuses dans l'aine surtout et la région inguinale, parfois postérieures, fessières hautes, accentuées par la station debout et les efforts : la marche est précautionneuse, en canard, dandinante.

Au cours de l'évolution, apparaissent des douleurs du thorax, des épaules.

Puis le thorax s'aplatit avec cyphose dorsale, incurvation des fémurs. Parfois des fractures se produisent.

Les autres signes sont une asthénie (grande fatigue) physique et psychique, une pâleur cutanée, un amaigrissement.

La radiographie montre une accentuation de la transparence du squelette avec des fissures et des déformations de l'os.

Les fissures osseuses sont constantes au niveau du bassin et des fémurs.

On peut également les trouver au niveau des côtes et des omoplates.

Les vertèbres se tassent et se déforment (vertèbres biconcaves dites de « poisson »), responsables de troubles statiques. Lorsque l'ostéomalacie est liée à une carence en vitamine D, la calcémie est normale ou abaissée, la phosphorémie abaissée, les phosphatases alcalines modérément augmentées.

La calciurie est toujours effondrée.

Lorsqu'elle est non carencielle, calcémie et calciurie sont normales, la phosphorémie est abaissée.

TRAITER :

- En cas d'insuffisance d'apport en vitamine D, il suffit d'apporter de la vitamine D, avec un supplément de calcium. Quand la calciurie se normalise, on diminue progressivement les doses et on interrompt le traitement. - En cas de maladie digestive, la vitamine D est administrée à fortes doses en association au traitement de la cause.
- Lorsque la carence en vitamine D est liée à une prise trop importante de barbituriques (ces médicaments sont utilisés aujourd'hui essentiellement pour le traitement de l'épilepsie), on arrête autant que possible ce traitement et on administre de la vitamine D.
- Lorsque l'ostéomalacie n'est pas carencielle, en cas de diabète phosphoré, on donne de la vitamine D et du phosphore à fortes doses.
- En cas d'acidose tubulaire chronique : alcalinisant et vitamine D, et il faut soigner la maladie rénale responsable.

L'OSTÉONÉCROSE ASEPTIQUE :

C'est une affection osseuse caractérisée par un infarctus osseux chez l'adulte.

Elle touche n'importe quelle articulation.

Ostéonécrose : [angl. ostéonécrosis]. Mortification de l'os.

Ostéonécrose aseptique [angl. aseptic ostéonécrosis]. Ostéonécrose due à une mauvaise irrigation de l'os ; elle aboutit soit à une destruction définitive, soit à une résorption de l'os nécrosé et à son remplacement par du tissu néoformé qui est le siège d'une calcification stérilisante ou qui, au contraire, demeure vivant. L'ostéonécrose peut-être secondaire à un traumatisme, à la corticothérapie, à une embolie (gazeuse : maladie des caissons ; globulaire : drépanocytose ; cellulaire : maladie de Gauchet) ou primitive, due à une thrombose vasculaire ou à des microtraumatismes répétés provoquant des micro fractures multiples survenant dans certains territoires d'élection (tête et condyles fémoraux, tête humérale, astragale, etc.) ostéochondrie.

COMPRENDRE :

Elle peut être primitive, favorisée par une anomalie statique (genu varum de la femme âgée favorisant l'ostéonécrose du genou), un éthylisme, un diabète.

L'ostéonécrose primitive de la tête fémorale, qui est la plus fréquente, touche l'homme quatre fois sur cinq, généralement entre 30 et 40 ans.

Elle peut être secondaire à un traumatisme (fracture du poignet, du fémur), à un barotraumatisme (maladie des plongeurs), à une maladie (drépanocytose où la déformation des globules rouges obstrue les vaisseaux), à un traitement (par cortisone ou radiothérapie).

RECONNAÎTRE :

L'ostéonécrose de la tête fémorale se manifeste par des douleurs lorsqu'on appuie le pied par terre.

Cette douleur est d'apparition brutale.

Puis, elle augmente d'intensité et l'impotence est totale.

Il y a, ensuite, déformation de l'articulation et arthrose.

La radiographie est normale au début, puis on observe une condensation osseuse autour de la nécrose, avec intégrité de l'articulation.

À un stade plus avancé, l'os se détruit et il y a déformation de l'articulation, puis arthrose.

La scintigraphie osseuse est essentielle car elle permet le diagnostic au tout début.

TRAITER :

Il faut soulager l'articulation en évitant autant que possible de s'appuyer dessus.

C'est ce que les kinésithérapeutes appellent une « mise en décharge » avec des cannes, des béquilles pendant trois mois.

Parallèlement, il faut suivre un traitement à bases d'antalgiques et d'anti-inflammatoires.

Lorsque la nécrose est confirmée on évolue vers l'arthrose.

Le traitement est chirurgical, consistant généralement à mettre en place une prothèse totale de hanche.

Ostéopétrose symptomatique :

Ostéose condensante diffuse rappelant plus ou moins la maladie d'Albers-Schönberg, observée surtout au cours d'affections sanguines (leucémie myéloïde, anémie, myélose aleucémique) ou due à des métastases cancéreuses ou à des intoxications (fluor).

LES ÉPIPHYSITES DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT :

C'est un infarctus osseux des noyaux épiphysaires.

Les épiphysites peuvent être sévères quand elles touchent la hanche, le fémur, le rachis.

Des formes plus bénignes touchent le genou ou la cheville ainsi que le condyle huméral, l'acromion, les phalanges.

COMPRENDRE :

Il y a plusieurs formes cliniques.

L'affection la plus fréquente est l'épiphysiolyse fémorale supérieure ou coxa vara : on observe un déplacement non traumatique de la calotte épiphysaire par rapport au col fémoral de cause inconnue.

Elle se voit vers 13 ans chez le garçon, chez qui elle est plus fréquente, et vers 11 ans chez la fille.

Elle est souvent unilatérale et prédomine à gauche.

Il y a une douleur de la hanche ou du genou, accompagnée de boiterie progressive ou brutale évoquant une fracture du col avec impotence totale et raccourcissement du membre.

RECONNAÎTRE :

Les radiographies confirment le diagnostic avec élargissement du cartilage de conjugaison puis déplacement du col par rapport à la tête fémorale.

Au début la radiographie peut être d'interprétation difficile, et ne peut être faite que par un spécialiste.

Elle peut se compliquer de coxite (enraidissement indolore dans les mois suivants) ou de nécrose de la tête et évoluer vers l'arthrose.

TRAITER :

Le traitement est chirurgical par fixation de l'épiphyse ou par réduction orthopédique suivie de fixation dans les formes à grand déplacement, avec suppression de l'appui pendant 4 à 6 mois.

AUTRES CAS CHEZ LE JEUNE :

Les maladies suivantes sont d'autres épiphysites ou apophysites que développe le jeune au cours de son enfance et de son adolescence.

Elles sont relativement fréquentes et présentent des symptômes caractéristiques.

COMPRENDRE :

Ce sont des maladies dues à la croissance de l'enfant qui bien souvent disparaissent lorsque la formation de celui-ci se termine.

TRAITER :

Ces maladies sont, en général, de guérison facile et rapide : le traitement n'est pas trop contraignant pour l'enfant.

LA MALADIE DE SCHEUERMANN :

COMPRENDRE :

C'est l'épiphysite vertébrale chez l'adolescent au moment de la puberté.

Elle est responsable de douleurs rachidiennes avec raideur surtout dorsale.

Il s'y associe une cyphose dorsale ou une cyphose lombaire haute et parfois une discopathie dégénérative précoce.

Les douleurs sont accrues à la station assise prolongée ou après la gymnastique.

La radiographie montre des déformations d'une ou plusieurs vertèbres avec irrégularité des bords prenant un aspect feuilleté et des hernies dans l'os.

TRAITER :

La guérison est spontanée en fin de croissance avec risque de séquelles morphologiques (déformation) ou rhumatologiques (arthrose précoce).

Le traitement est la limitation des sports à risque comme l'équitation, le judo, le parachutisme, le saut, la gymnastique au sol.

En revanche la natation (en particulier le dos crawlé) et la marche sont conseillées.

LA MALADIE D'OSGOOD-SCHLATTER :

COMPRENDRE :

C'est l'apophysite tibiale antérieure.

Elle apparaît vers 12-15 ans, le plus souvent chez le garçon.

Il y a des douleurs sur la tubérosité tibiale antérieure, accrues à la pression et pendant le sport, et une tuméfaction du genou.

La radiographie montre une apophyse tibiale de contours irréguliers, dentelés.

TRAITER :

La guérison se fait en quelques mois.

La tuméfaction peut persister.

Il faut restreindre le sport, s'il déclenche la douleur.

Parfois, il faut porter une genouillère plâtrée dans les formes très douloureuses.

LA MALADIE DE SEVER :

COMPRENDRE :

C'est une douleur du talon, que l'on voit surtout chez la fille entre 8 et 12 ans.

L'évolution est longue, sur 12 à 18 mois.

TRAITER :

Il faut porter une talonnette spéciale si la douleur est trop importante.

LA MALADIE DE KOHLER :

COMPRENDRE :

La maladie de Kohler est aussi appelée « scaphoïdite tarsienne » : c'est une douleur de la partie interne du pied, qui apparaît surtout chez le garçon entre 4 et 10 ans.

Elle est provoquée par le saut et la marche.

TRAITER :

La guérison demande entre 1 et 18 mois, sans séquelles.

Il faut porter une semelle dans les cas très douloureux.

LA MALADIE DE PAGET :

La maladie de Paget correspond à une destruction de la structure osseuse normale et à une reconstruction excessive d'un os grossier. Seuls, certains os sont atteints. La transformation est progressive et continue (1 cm/an pour les os longs). Elle est rare avant quarante ans, et affecte surtout les hommes vers soixante-dix ans.

COMPRENDRE :

Au début, la maladie est latente. Il s'agit souvent d'une découverte radiologique. Puis, au cours de l'évolution apparaissent des déformations : augmentation du volume crânien, obligeant le sujet à changer de peinture de chapeau (ce symptôme était plus fréquent autrefois). La face est respectée, mais parfois, il y a un « prognathisme », c'est-à-dire un développement de la mâchoire inférieure.

UNE ATTEINTE OSSEUSE :

On observe une incurvation des fémurs, des tibias, qui sont épaissis et responsables de genu varum (jambes en arcs). La maladie s'accompagne souvent d'une cyphose dorsale ou d'une cyphoscoliose. Les os superficiels sont chauds, témoins de l'hyper vascularisation locale, et le siège de douleurs à cause de l'hypertrophie et des déformations, à type de brûlures.

UNE ATTEINTE ARTICULAIRE :

Il y a également des atteintes articulaires : au niveau de la hanche, on observe des douleurs de l'aîne à la marche, une limitation des mouvements traduisant une coxopathie pagétique.

Au niveau des genoux, des épaules, il y a une arthrose avec limitation des mouvements.

Au niveau des vertèbres, les douleurs rachidiennes sont liées aux tassements vertébraux.

Parfois, il peut y avoir compression d'un nerf.

OSTÉOPATHIE FIBREUSE

[Angl. ostéitis fibrosa]. Syn. ostéofibrose. Terme générique groupant un certain nombre d'affections osseuses non inflammatoires (ostéoses) caractérisées par la dégénérescence fibreuse de la moelle. L' O. F. peut être localisée ou généralisée; être due à une hyperparathyroïdie (ostéose parathyroïdienne ou maladie de Recklinghausen; ostéose fibrogéodique rénale de Rutishauser et Albright); être la cicatrice d'une réticulose osseuse.

LES FIBROMYALGIES :

Les douleurs articulaires, rachidiennes ou musculaires n'ont pas nécessairement une origine bien définie. Lorsque les examens sont normaux, on parle souvent d'un syndrome polyalgique idiopathique diffus (SPID), favorisé par le stress et la dépression.

COMPRENDRE :

Cette maladie très fréquente, souvent féminine, se manifeste par la présence d'au moins cinq points douloureux, surtout au niveau des vertèbres, des épaules, des extrémités (picotements, sensations de brûlures), et s'accompagne souvent de troubles du sommeil et de troubles intestinaux.

RECONNAÎTRE :

La maladie se manifeste par des troubles rhumatologiques, parfois inquiétants, qui motivent la consultation. La patiente se plaint de douleurs cervicales, dorsales, lombaires, scapulaires, fessières.

Ces douleurs paraissent inflammatoires, provoquant des réveils nocturnes et une raideur matinale.

Elle est souvent aggravée par l'effort, les changements climatiques et le stress.

Les patientes se plaignent souvent de gonflement et de sensations paresthésiques (perte de la sensibilité) des doigts.

Les examens biologiques sont normaux, et les radiographies ne montrent pas d'anomalies particulières.

Il existe de nombreux symptômes associés, en particulier des troubles du sommeil, des céphalées, de la fatigue et des troubles intestinaux, chez une personne souvent sédentaire et peu sportive.

Enfin, il existe une nette tendance dépressive.

Le diagnostic est difficile, en raison de la multiplicité des symptômes, et il exige de nombreux examens avant d'être confirmé.

Le simple fait de faire le diagnostic joue un rôle thérapeutique important, car il s'agit d'une maladie bénigne, dont le diagnostic est rassurant.

Les douleurs sont sensibles aux antalgiques comme le paracétamol, les décontractants, mais résistent souvent aux anti-inflammatoires. Le traitement de fond fait appel aux antidépresseurs et à la kinésithérapie.

Médicament anti-hypercalcémique :

Classe et utilisation

Ce médicament est un antihypercalcémique utilisé pour traiter la maladie de Paget et certaines hypercalcémies.

Noms de principes actifs

Acide étidronique

Noms de spécialités

DIDRONEL

Divers

* Accoutumance (pharmacodépendance) ? Non.

* Prescrit sur ordonnance ? Oui.

Contribue à la formation de tissu osseux.

Délai d'action

Agit en plusieurs mois. Consultez votre médecin traitant pour plus de précisions.

En cas d'oubli

Si l'oubli date de moins de 6 heures, prenez la dose habituelle. Au-delà de 6 heures, il convient d'attendre la prochaine prise. Attention : Ne pas doubler la dose.

Effets indésirables

On observe, rarement, les manifestations secondaires suivantes : diarrhée, nausées. Si cela se produit, signalez-le à votre médecin traitant lors de votre prochaine visite.

Interactions du médicament

Les compléments en oligo-éléments et les antiacides sont susceptibles de diminuer l'effet de ce médicament. Signalez tout autre traitement à votre médecin traitant.

Précautions / Contre-indications

1. Ce médicament est contre-indiqué en cas d'allergie à l'etidronate.
2. Consultez votre médecin traitant avant de prendre ce traitement en cas d'insuffisance rénale.
3. Consultez votre médecin traitant avant de prendre ce traitement en cas de grossesse ou d'allaitement.
4. Les nourrissons et les enfants ne doivent prendre ce traitement que sous contrôle médical.
5. Tout aliment riche en calcium doit être évité pendant le traitement. Ce médicament doit être absorbé à 2 heures au moins de distance d'aliments riches en calcium (laitages).

Signes de surdosage

Le risque de surdosage est pratiquement inexistant. Cependant, en cas de dépassement de la dose prescrite, contactez immédiatement votre médecin traitant ou le centre antipoison le plus proche.